



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final de Grado
Modalidad: Monografía

Rehabilitación Psicosocial
para personas con Trastornos Mentales
Severos y Persistentes

Tutora: Laura de los Santos

Montevideo- Uruguay

Octubre, 2016

Autora: Vanessa Visconti

C.I: 2.913.367-2

Agradecimientos

A mi familia por ser, mi pilar, mi soporte, por confiar en mí y acompañarme en este emocionante proceso.

Viejo... estoy segura que este momento hubiese sido especial.

¡Gracias!

Índice

Agradecimientos.....	1
Resumen.....	3
Introducción.....	4
Psicosis.....	5
Esquizofrenia.....	9
Abordajes de tratamientos para la enfermedad.....	17
Un recorrido por la psiquiatría en el Uruguay.....	19
Rehabilitación Psicosocial.....	21
Objetivos.....	23
Fases de la Rehabilitación Psicosocial.....	25
Conclusiones	30
Referencias bibliográficas.....	33

Resumen

La presente monografía está enmarcada en el trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República, y surge a partir del contacto directo con programas de rehabilitación psicosocial, incluido en una instancia curricular de seminario -práctico.

El objetivo de esta monografía es plasmar, reflexionar e indagar la importancia que tiene la rehabilitación psicosocial como un modelo terapéutico integral, orientado y dirigido al tratamiento de personas con trastornos mentales severos y persistentes.

En este marco se desarrollarán antecedentes teóricos y conceptuales desde diferentes autores que trabajan sobre las psicosis crónicas, y específicamente dentro de ellas con la esquizofrenia, como uno de los TMSP de mayor prevalencia. Dentro de este punto se realizará una aproximación sobre los tratamientos de estas patologías.

Para concluir se conceptualizará sobre la rehabilitación psicosocial integral: definiciones, conceptos, objetivos, y fases del proceso, como uno de los tratamientos posibles para las personas con diagnóstico de esquizofrenia.

Palabras claves: Psicosis, Esquizofrenia, Rehabilitación Psicosocial.

Summary

This monograph is framed in the final work of the Degree in Psychology of the Universidad de la República, the objective of this is an attempt to depict, reflect and explore the importance of the psychosocial rehabilitation as an integral and comprehensive model of therapy. Oriented and directed to people with severe and persistent mental disorders.

Within this framework, theoretical and conceptual backgrounds will be developed from the different authors for the purpose of understanding and comprehending chronic psychosis, and within them de developing of de condition of schizophrenia as it is; definitions, categories and symptomatology, among others.

It will be detailed the phases and objectives of this rehabilitation, as well as the specificity of its purpose.

To conclude with, there will be a brief outline of the history of Mental Health.

Key words: Psychosis, Schizophrenia, Psychosocial Rehabilitation.

Introducción

Uno de los objetivos más importantes de la rehabilitación psicosocial es poder incluir en una vida social comunitaria a las personas que padecen trastornos mentales severos y persistentes, así como también poder lograr mayor autonomía, dado que por su enfermedad ésta se ha visto afectada.

Se debe tener en cuenta que las enfermedades mentales en épocas anteriores eran consideradas para quienes las padecían como “brujerías” o “hechizos”, lo cual existía cierto repudio para éstas personas. Con el transcurso del tiempo y a través del avance terapéutico de la medicina se van incorporando nuevas medidas para abordar la Salud Mental. Es así que a través de esta demanda empiezan a surgir los hospitales psiquiátricos como forma de “asilar” y recluir a los enfermos, con muy escasos recursos terapéuticos. En el Uruguay el primer hospital psiquiátrico data del 1880 Hospital Asilo de Alienados (Hospital Vilardebó).

Del Castillo, Villar y Dogmanas (2011) afirman que esta población llamada “asilo”, en los últimos 25 años, se ha ido reduciendo gradualmente, esto se debe, explican los autores a la desinstitucionalización de las personas con Trastornos mentales severos y persistentes. Los factores que han contribuido a este cambio de paradigma se deben “al desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental (1986), la humanización de los tratamientos, la descentralización de los servicios asistenciales, la creación y desarrollo de la Red de Salud Mental y la mejora de los tratamientos psicofarmacológicos” (p.84).

Es así que surge el tratamiento de la enfermedad con un nuevo enfoque, este apuntado no al aislamiento sino por el contrario se trata de una mirada integral en cuanto a la noción de salud y enfermedad, de esta manera se empieza a dar comienzo a un nuevo concepto, el de rehabilitación, generando estrategias para dicho abordaje.

Psicosis

Antes de comenzar a desarrollar el concepto de psicosis, se hará una breve descripción de los trastornos mentales (severos) o (graves), ya que la esquizofrenia es considerada como el trastorno mental severo y persistente por excelencia.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002) considera al Paciente Mental Crónico como término utilizado para establecer una definición, ésta hace referencia a un grupo de personas que padecen una enfermedad mental severa y de duración prolongada. La definición que brinda el Instituto Nacional de Salud Mental de EE. UU (1987) sobre el Trastorno Mental Severo en la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002) es el más específico para dicha definición, este incluye tres principios fundamentales: el primero es el Diagnóstico que incluye a los trastornos psicóticos (excluye los orgánicos), así como también algunos trastornos de personalidad, el segundo es la duración y el tratamiento de la enfermedad (debe existir al menos un período prolongado de tres años), y, por último la presencia de discapacidad, ésta se puede ver afectada ya sea en lo laboral, en lo familiar como en la parte social.

Del Castillo; Villar; y Dogmanas (2011) citan en su artículo a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001):

“[...] que la esquizofrenia constituye la séptima causa de años vividos con discapacidad, con un porcentaje en el total de enfermedades del 2,8%. Incluso en la franja etaria que va entre los 15 y los 44 años, la esquizofrenia ocupa el tercer puesto con un porcentaje de 4,9%. (pág.84)

Así como también Del Castillo et al (2011) conforme con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009) expresan que “[...] los trastornos mentales tienen una alta prevalencia y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad, y la mortalidad prematura”. (pág.84)

José Belloso (2012) cita a Vila Pillado et al. (2007) estableciendo que los trastornos mentales graves (TMG) o severos (TMS) en los últimos años se han convertido en una categoría que ha sido aceptada universalmente, y que está determinada a un perfil específico para cada paciente, según V.Pillado et al (2007)) “el trastorno mental severo se entiende en una primera aproximación al concepto como aquellos trastornos

mentales graves de duración prolongada que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social” (pág. 3).

Cristina Gisbert Aguilars (2003) en la Asociación Española de Neuropsiquiatría define a los enfermos mentales crónicos como un grupo de personas que padecen una enfermedad severa y de larga duración. Se toma en consideración no solo la evolución que establecen sino también la edad, el tipo de síntoma que presentan, así como también la duración del trastorno. Existen elementos similares para definir a las personas con TMG, en especial los que sufren de esquizofrenia, Gisbert (2003) reúne y describe estos elementos:

- Considerable debilidad al estrés, y problemas para enfrentar las exigencias del ambiente.
- Carencia en sus habilidades y carencia en el desempeño autónomo.
- Tendencia al aislamiento debido a las dificultades para interactuar con el medio social, limitándose en la mayoría de los casos solo al apoyo de la familia.
- Supeditación con personas y servicios sanitarios, así como también servicios sociales.
- Impedimentos para poder acceder laboralmente lo cual significa dificultad para integrarse socialmente, beneficiando la pobreza y la marginalidad.

Siguiendo con esta línea la autora describe por lo tanto que los problemas y las necesidades de las personas con TMG son diversas y heterogéneas, y por lo tanto generan dificultades para el funcionamiento y desempeño psicosocial, lo que conlleva al estigma social, insuficiencia de recursos de atención, apoyo social, etc.

Ey (1978) afirma que las enfermedades mentales o psicosis crónicas, se caracterizan por presentar naturalmente una evolución prolongada alterando de forma permanente la actividad psíquica. Dentro de este grupo el autor diferencia: las neurosis, las psicosis esquizofrénicas y las demencias.

“Las psicosis esquizofrénicas al igual que las psicosis delirantes crónicas, evolucionan por lo general durante años, puede decirse que durante la mayor parte de la existencia” (Ey 1978. pág.506).

En el tratado de psiquiatría Henry Ey (1978) expone que lo que caracteriza a las enfermedades mentales o psicosis agudas:

Es el estar constituidas por síntomas cuya yuxtaposición u organización permiten prever su carácter transitorio. Se trata de crisis, accesos o episodios más o menos largos que ciertamente pueden reproducirse pero que presentan una tendencia natural a la remisión e, incluso a la *restitutio ad integrum*. (p.199)

Agrega además que las psicosis agudas por lo general irrumpen sobre un fondo de debilidad, de descenso del umbral de tolerancia a las situaciones patógenas.

Según lo formulado por Freud (1923-1925) “el mundo exterior no es percibido de ningún modo, o bien su percepción carece de toda eficacia” (p .156).

Freud (1923-1925) sostiene que la esquizofrenia como otra forma de psicosis, converge en una apatía afectiva, existiendo así una pérdida de intervención con el mundo exterior. Por lo tanto, explica que en la neurosis hay un conflicto entre el yo y el ello, en donde el Yo está al servicio del Superyo y de la realidad, a diferencia de la psicosis en donde el Yo está al servicio del Ello. Así como también afirma que la realidad en la neurosis no es desmentida, en palabras de Freud se limita a no querer saber nada de ella, la psicosis por otra parte lo que hace con la realidad es cambiarla y modificarla.

Freud (1924) plantea:

En la psicosis, el remodelamiento de la realidad tiene lugar en los sedimentos psíquicos de los vínculos que hasta entonces se mantuvieron con ella, o sea en las huellas mnémicas, las representaciones y los juicios que se habían obtenido de ella hasta ese momento y por los cuales era subrogada en el interior de la vida anímica. Pero el vínculo con la realidad nunca había quedado concluido, sino que se enriquecía y variaba de continuo mediante percepciones nuevas (p.195)

Este grupo de enfermedades crónicas sostiene Ey (1978), refiere ante todo a su estructura: “la desorganización de la organización diacrónica del ser consciente. Dicha desorganización constituye en sí misma una tendencia fundamental no solo a soñar su existencia, sino también a detenerla, o incluso a renunciar a ella” (p.327).

Laplanche y Pontalis (1967):

En toda psicosis por profunda que sea, se comprueba la existencia de dos actitudes psíquicas: una que tiene en cuenta la realidad, la actitud normal; otra, que, por influencia de las pulsiones, separa al yo de la realidad. Esta segunda actitud es la que se traduce en la producción de una nueva realidad delirante. (p.127).

Freud (1923- 1925) a partir del desarrollo de la segunda tópica freudiana el yo y el ello, propone una diferencia genética entre neurosis y psicosis, afirmando que, “[...] la neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior” (p. 155)

Siguiendo ésta línea Zax, M, y Cowen, E, (1979) citan a Freud (s/f) diferenciando la neurosis de la esquizofrenia:

[...] el esquizofrénico como el neurótico retraen la libido de los objetos externos debido a una gratificación frustrada de impulso experimentada con ellos. Sin embargo, la diferencia principal entre estos dos grupos está en que el neurótico desvía la libido hacia objetos contenidos internamente, en la imaginación, en tanto que el esquizofrénico renuncia a los objetos por completo. (p.113)

Laplanche y Pontalis (1967) citan a Freud (1924) introduciendo el término de “renegación” para describir que el psicótico comienza por renegar la realidad, este término es usado de una manera puntual, “[...] modo de defensa consistente en que el sujeto rehúsa reconocer la realidad de una percepción traumatizante, principalmente la ausencia de pene en la mujer. Este mecanismo fue especialmente invocado por Freud para explicar el fetichismo y las psicosis” (p. 363).

En cuanto al significado del término *Verwerfung*, (rechazo,) Lacan (s/f) citado por Laplanche y Pontalis, (1967), le da otra acepción a esta palabra, en relación con la psicosis, proponiendo de manera análoga el termino *forclusión* (repudio).

La forclusión es el mecanismo fundamental en la constitución subjetiva del psicótico y es lo que hace que algo quede afuera de la simbolización general que estructura al sujeto. Por la operación de este mecanismo, el sujeto rehúsa el acceso de un significante a su mundo simbólico. Lo que queda afuera forcluido, vuelve en el seno de lo real, bajo la forma de alucinación, se trata de una significación desconocida que se impone al sujeto en lo real, en una absoluta exterioridad. Aquello que queda afuera es la inscripción de la metáfora paterna (forclusión del significante del Nombre del Padre), en tanto recusación de un significante primordial. (Imbriano, 2009, p.xxxiv)

Por lo tanto, el sujeto va a excluir de su conciencia el significante del Padre, estructurándose a partir de su ausencia. “En esta perspectiva, es el fallo radical del Nombre del Padre lo que conduce al sujeto psicótico a encontrarse con un agujero en lo simbólico, enigmático, y angustiante” (Maleval, 2002, p.262).

Esquizofrenia

Antecedentes

Henry Ey (1978) plantea que la esquizofrenia comprende dentro del conjunto de enfermedades mentales que producen una modificación profunda y durable de la personalidad la mayor parte de los casos de alineación mental, su curso está determinado por un proceso de disgregación mental, también llamado de manera alternativa, “demencia precoz”, “disociación autística de la personalidad” o “discordancia intrapsíquica”.

Siguiendo con esta línea Ey (1978) cita a Kraepelin (1890-1907) el cual expresa que la demencia precoz “[...] consistía en una especie de locura, caracterizada por su progresiva evolución hacia un estado de debilitamiento psíquico (verblödung), y por los profundos trastornos de la afectividad (indiferencia, apatía, sentimientos paradójicos)” (p.472).

Capponi (1987) en su texto, esboza que fue Kraepelin (s/f) el que marca una diferencia en lo que a la psiquiatría se refiere ya que clasifica, describe y ordena el curso y el pronóstico de la enfermedad.

“En 1899, reunió bajo la capa de la demencia precoz, que se convierte en entidad básica, la hebefrenia y la catatonía, a las cuales agrega una nueva forma evolutiva: la paranoide.” (Broustra, J,1979. Pág. 28).

Broustra (1979) cita a Esquirol (1816) estableciendo la diferencia del déficit adquirido, (el cual llama demencia), del déficit intelectual congénito (retardo),posteriormente en el año 1860 Morel analiza que los individuos afectados son en su mayoría jóvenes, denominando esta afección con el nombre de “dementes precoces” , por otro lado, Hecker (1871) detalla bajo el nombre de hebefrenia, una disminución mental que aparece repentinamente alrededor de los 20 y 30 años de edad, expresando que su evolución se da de forma rápida e ineludible. Kahlbaum (1874) añade a este diagnóstico el nombre de “catatonía o locura con tensión muscular” a las alteraciones o posturas extrañas que se daban en el comportamiento de la enfermedad.

Sin embargo, hay que considerar que la descripción propuesta por Kraepelin (1923) citado por Zax Melvin y Cowen (1979) como demencia precoz, no fue aceptada por otros psiquiatras contemporáneos, uno de los más destacados en esta diferencia fue Eugen Bleuler (1857-1939), éste fue el que denominó como esquizofrenia a lo que Kraepelin (1923) denominaba como demencia precoz, Bleuler (1857-1937) teorizaba que las personas que padecían esta enfermedad tenían una particularidad especial, esta era la desintegración y fragmentación del pensamiento.

Los autores Melvin y Cowen (1979) citan a Bleuler (1950) el cuál

[...] distinguió entre los síntomas fundamentales, presentes hasta cierto grado en todos los casos y síntomas accesorios, cuya presencia era variable e inconsistente y que no estaban confinados a la esquizofrenia. Sin embargo, cuando estos síntomas se encontraban en la esquizofrenia, presentaban una cualidad distintiva en términos ya sea de su origen o de su aspecto clínico, en comparación con los del paciente no esquizofrénico. (pág. 98)

Definiciones

Henry Ey -1978) describe la enfermedad como:

Una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad y que debe ser considerada como una especie dentro de un género, el de las psicosis delirantes crónicas. Se caracteriza por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario. (p. 473).

Gabbard (2000) cita a Freud (1914/1963) definiendo la esquizofrenia como:

[...] una regresión en respuestas a intensas frustraciones y conflictos con los otros. Esta regresión desde las relaciones de objeto a un estadio autoerótico del desarrollo estaba acompañada por un retiro de la investidura emocional de las representaciones de objeto y de las figuras externas, lo que explicaba la aparición del retraimiento autístico en los pacientes esquizofrénicos. (pág.186)

La Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (1994), (CIE- 10) definen:

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan en general por distorsiones fundamentales y características del pensamiento y de la percepción, y por los afectos embotados o inapropiados. La claridad de la conciencia y la capacidad intelectual están

conservadas por lo general, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. Los fenómenos psicopatológicos más importantes incluyen eco, inserción, robo o difusión del pensamiento; percepciones delirantes o ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad; voces alucinatorias comentando o discutiendo sobre el paciente en tercera persona; trastornos del pensamiento y síntomas negativos. (pág. 70)

El curso de estos trastornos se puede dar de manera continua o episódica, con un defecto estable o progresivo, o también puede darse uno o más episodios con remisión completa o incompleta. A la hora de diagnosticarla es necesario hacer un diagnóstico diferencial ante la presencia eminente de síntomas de depresión, así como de manía, a menos que preexistan los síntomas esquizofrénicos de manera clara al trastorno del humor. Tampoco se debe diagnosticar si la persona presenta alguna enfermedad cerebral, o si presenta estados de intoxicación o abstinencia por drogas. (CIE- 10, 1994)

Características

Cabe destacar según el tratado de psiquiatría (1978), la esquizofrenia se destaca por ser entre las psicosis crónicas la más usual, aparece alrededor de los 15 y 35 años, lo cual es difícil que se presente antes de los 15 o después de los 40 años de edad, por eso se dice que es una enfermedad del adolescente o del adulto joven.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM- IV-TR (1995) la esquizofrenia se presenta como un conjunto de signos y síntomas, los cuáles son de carácter positivo como negativo, estos síntomas tienen que tener la particularidad de haberse manifestado en el lapso transcurrido de un mes (o menos de un mes si el tratamiento fue exitoso) o cuando los síntomas prevalecen en un transcurso de seis meses. Los síntomas positivos refieren a una alteración de las funciones normales, estos comprenden los delirios, alucinaciones, distorsión en el lenguaje y el comportamiento, por otra parte, los síntomas negativos afectan a las funciones normales, provocando un debilitamiento y un deterioro en dichas funciones, los síntomas negativos incluyen aplanamiento afectivo, empobrecimiento en el lenguaje y en el pensamiento, abulia, etc.

Otro de los elementos a tener en cuenta según el DSM- IV- TR (1995) es, que lo que caracteriza a la enfermedad en sí, son los síntomas involucrados en la “[...]percepción, el pensamiento, la comunicación, el lenguaje, la organización del comportamiento, la afectividad la fluidez y productividad del pensamiento, así como también el habla, la

capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención.” (pág. 335), ya que los síntomas recién descritos afectan a los sujetos no solo cognitivamente sino también emocionalmente. Cabe destacar que no se puede hacer un diagnóstico con la presencia de un síntoma solo, sino que se tienen que establecer un conjunto de signos y síntomas ligados al daño de las funciones sociales y laborales.

Siguiendo con esta línea el DSM-IV- TR (1995), considera que los síntomas negativos son los más complicados para determinar ya que estos no son específicos, corresponden con lo normal y muchas veces son consecuencia de los síntomas positivos a causa de la medicación, por depresión, etc.

Siguiendo con la línea de trabajo, Ey (1978) describe:

El proceso esquizofrénico, esencialmente dinámico, se nos presenta como una evolución regresiva de la persona que corresponde a una profunda impotencia (condiciones orgánicas deficitarias y negativas), y a una profunda necesidad (factores psíquicos y positivos): impotencia para vivir en un mundo real y necesidad de huir a un mundo imaginario. (pág. 502)

Ey (1978), detalla cuatro formas en que la enfermedad se manifiesta: progresiva e insidiosa, (esta presenta mayor continuidad en su desarrollo, hebefrenia), a la inversa (empieza con un brote delirante o catatónico), se la conoce como “esquizofrenia de comienzo agudo”, cíclica (cuando hay reiteración de cuadros agudos), formas monosintomáticas (un solo síntoma aislado y desconcertante).

Glen O. Gabbard (2000) en su obra “Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica”, atribuye diversos factores que estarían vinculados con el desarrollo de la esquizofrenia, Gabbard (2000) cita a los autores Kety,(1996),Olin y Mednick ,(1996), expresando que algunos de los factores implicados en el desarrollo de la enfermedad serían por ejemplo algún tipo de trauma en la infancia, posible lesión en el parto, infección viral vinculada en el momento de gestación, falla en la irrigación sanguínea intrauterina entre otros.

Siguiendo con la misma línea el autor sostiene que la esquizofrenia es una enfermedad “heterogénea”, en el sentido de que las intervenciones terapéuticas tienen que ser pensadas y abordadas para las necesidades de cada paciente afirma el autor, así mismo explica que la enfermedad es singular, que le sucede a una persona con un perfil psicológico único.

“Gran parte de la literatura psicodinámica de la esquizofrenia está focalizada en las consideraciones de tratamiento. Por cierto, la comprensión psicodinámica es relevante

para el tratamiento de la esquizofrenia, independientemente de su etiología.” (Gabbard, G, 2000. pág. 185).

Haciendo referencia a las teorías psicodinámicas Gabbard (2000) considera que existen hilos en común para el abordaje del paciente, por un lado, cita a Karon (1992), diciendo que los síntomas psicóticos significan algo, posteriormente cita a Garfield (1985), Garfield y col. (1987) aludiendo a que los delirios de grandeza, así como también las alucinaciones siguen a una herida a la autoestima del paciente.

“El contenido grandioso del pensamiento o la percepción es el esfuerzo del paciente para contrarrestar la herida narcisista” (Gabbard, G, 2000. pág. 189).

Otros de los hilos comunes que se encuentran en esta enfermedad son para el autor las relaciones humanas, ya que debido a las intensas ansiedades que padecen estando en contacto con los demás, se distinguen aun cuando su causa no pueda ser explicada claramente. Causando así que los sujetos se aislen, por el temor acerca de la integridad de los propios límites del yo. Es así que Gabbard (2000) destaca lo importante del tratamiento para que las personas sientan la confianza de conectarse con los demás sin que esto les resulte catastrófico.

El último hilo en común que establece es que los autores de orientación psicodinámica tengan la convicción de que la relación terapéutica informada de manera dinámica mejore la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos.

Siguiendo con la misma línea Ey (1978) cita a Bleuler (1911) en su tratado de psiquiatría manifestando “(...) que el proceso de la enfermedad está determinado por un síndrome deficitario (negativo) de disociación, y por un síndrome secundario (positivo) de producción de ideas, de sentimientos y de actividad delirante”. (p.473)

Gabbard (2000) hace una descripción sintomatológica descriptiva de la enfermedad dividiéndola en tres grupos: 1) síntomas positivos, 2) síntomas negativos, 3) desórdenes en las relaciones interpersonales.

Describe que los síntomas positivos comprenden alteraciones en el contenido del pensamiento como pueden ser los delirios, trastornos de la percepción como son las alucinaciones, y manifestaciones conductuales, como ser la catatonía y la agitación; estos síntomas se pueden manifestar en un período corto de tiempo, acompañado por lo general de un episodio psicótico agudo.

Henry Ey (1978) reúne las alucinaciones o las pseudoalucinaciones bajo el nombre de “Síndrome de Automatismo Mental”, término propuesto por Clérambault. Éste

Síndrome se centra en una producción espontánea e involuntaria casi mecánica, las ideas, recuerdos son impuestas en la conciencia del sujeto sin su voluntad. Ey (1978) describe el síndrome de automatismo mental de Clérambault (s/f) bajo estas características:

1-Sensaciones parásitas, es decir alucinaciones psicosenoriales, visuales cenestésicas, táctiles, gustativas que irrumpen como fenómenos sensoriales puros y simples y como él decía "anideicos".2- El triple automatismo motor (fenómenos de elocución de ideación, y de formulación ideoverbal espontánea).3-Fenómenos de desdoblamiento mecánico del pensamiento (el triple eco del pensamiento, de la lectura y de los actos), y fenómenos conexos como la enunciación de los gestos, la enunciación de las intenciones y los comentarios sobre los actos. Todos estos fenómenos de repetición y de repercusión de los procesos del pensamiento pueden ser anticipados, simultáneos o retardados con respecto a la formulación en curso.4- Fenómenos de pequeño automatismo mental o fenómenos sutiles (...) emancipación de abstracciones nebulosas anticipadas de un pensamiento indiscernible, devanamiento mudo de recuerdos, veleidades abstractas, etc. (pág.105)

Estos síntomas los designa como floridos de la enfermedad, constituyéndolos como una "presencia" innegable. Es aquí donde el plan integral para el tratamiento de esta enfermedad consta de dos componentes muy importantes: los antipsicóticos, y los tratamientos psicosociales. Los fármacos que se utilizan para el tratamiento de los principales síntomas de la esquizofrenia se denominan "antipsicóticos", mejorando en gran parte el pronóstico de la enfermedad. Estos fármacos son altamente eficaces para manejar los síntomas positivos de la esquizofrenia, los más utilizados son: la clozapina, risperidona y olanzapina.

Caldeyro, C (2011) expresa que, si bien la medicación antipsicótica ha avanzado significativamente, se debe de tener en cuenta, que este tipo de drogas generan acostumbamiento a la mente y al cuerpo de manera adictiva, la suspensión de ésta genera posibles efectos como recaídas, además de internaciones. También hay que considerar que la medicación (psicofármacos), produce efectos secundarios negativos, trayendo como consecuencia que los sujetos muchas veces se nieguen a tomarlos. Dentro de los efectos secundarios se encuentran: pérdida de la libido, (esto genera en los adultos ansiedad, agravada por los miedos que inspira la sexualidad), con respecto a este tema, la mayoría de los Centros de Rehabilitación carecen de programas adecuados, no existe ninguna política de Salud Mental para llevar a cabo una Educación Sexual acorde con la gravedad de la enfermedad, otro de los efectos secundarios son problemas de diabetes y cardiovasculares, por esto es necesario que se tomen las medidas preventivas ya sea con el usuario, o con la familia.

Siguiendo con la línea de trabajo los síntomas negativos afirma Gabbard (2000), constituyen la ausencia de funciones. Estos abarcan el afecto restringido, pobreza en el pensamiento, anhedonia y apatía. Gabbard (2000) cita a Carpenter y col (1988), éstos detallaron una distinción adicional entre los síntomas negativos. Sugirieron que “ciertas formas de retracción social, afecto embotado y empobrecimiento aparente del pensamiento, pueden ser, en realidad, secundarias a la ansiedad, depresión, privación ambiental o a los efectos de las drogas”. (pág. 185)

Gabbard (2000) sostiene, que en los pacientes que predominan los síntomas negativos se ven características que sugieren anomalías en la estructura cerebral, que incluyen escasa adaptación premórbida, bajo rendimiento escolar, dificultad a la hora de conseguir empleo y mantenerlo, poco desempeño en pruebas cognitivas, así como también escasa respuesta al tratamiento.

En el tratado de psiquiatría Ey (1978) llama a esta serie de rasgos negativos, síndrome fundamental del período de estado “Síndrome de discordancia” éste está compuesto por cuatro elementos o síntomas como son la ambivalencia, la extravagancia, el desapego y la impenetrabilidad. La ambivalencia tiene que ver con la experiencia de dos sentimientos antagónicos (amor- odio), estos sentimientos opuestos son vividos de manera conjunta y al mismo tiempo separados, la extravagancia es el resultado de la distorsión de la vida psíquica lo que trae como consecuencia rodeos extraños o fantásticos. El desapego tiene que ver con la forma en que el enfermo se retira hacia el interior, predominando la abulia y la apatía, esto trae como consecuencia que la persona carezca de emociones fuertes y lazos afectivos, por último, la impenetrabilidad da cuenta de la incoherencia del mundo de relaciones, predominado por el hermetismo de sus intenciones, de sus proyectos o conductas.

Los desórdenes en las relaciones personales que explica Gabbard (2000) se desarrollan por lo general en un período prolongado, estos varían de acuerdo a las diferentes personalidades humanas. Éstos desórdenes incluyen retraimiento, expresiones no apropiadas de agresión y sexualidad, demanda excesiva, problemas para establecer contactos con los demás, escasa percepción de las necesidades de los otros. Los tres tipos de categorías (síntomas positivos, negativos y desórdenes en las relaciones personales), se superponen y pueden moverse de una categoría a otra durante el curso de la enfermedad.

Los desórdenes en las relaciones interpersonales y los síntomas negativos se ven en menor proporción afectados por la medicación, es por eso que se requieren abordajes

psicosociales (programas de rehabilitación). En su mayoría los pacientes que toman medicación antipsicótica mejoran significativamente ya que reduce la tasa de recaídas y contribuye a restablecer aspectos funcionales, facilitando a que los sujetos puedan retornar a una vida en sociedad.

La Guía de Práctica Clínica (2009) señala que, en cuanto a los tratamientos farmacológicos, estos se han convertido desde los años 50 en el tratamiento principal de las personas con TMG. Aunque existen dificultades para que ciertos pacientes se adapten a la medicación, además del limitado control de la sintomatología para con esta, lo cual implica un enfoque más amplio que el del tratamiento farmacológico, un abordaje que permita incorporar las vertientes biológicas, psicológicas y sociales, o sea un enfoque pensado desde lo bio-psico-social, por ende, se hace imprescindible incorporar otras intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales , como por ejemplo la Rehabilitación Psicosocial. El objetivo de ésta es mejorar el funcionamiento personal, social y la calidad de vida de los sujetos que sufren trastornos mentales, además de soporte y apoyo para su inclusión.

Abordajes de tratamientos para la enfermedad

Existen diferentes tipos de tratamientos para el abordaje de la esquizofrenia, Gabbard (2000) propone los siguientes tipos:

- **Farmacoterapia:** los antipsicóticos son necesarios para manejar los síntomas positivos de la esquizofrenia, sería un problema para el paciente, el no cumplimiento de la medicación para su tratamiento. Es por eso que cada paciente debe de ser educado al respecto, ante una posibilidad de recaída si interrumpe la medicación. Es así que la prescripción de la de medicación debe estar dada en un contexto de alianza terapéutica, esta alianza terapéutica desempeña un rol fundamental en la farmacoterapia, de hecho, es un factor clave independientemente del tipo de tratamiento que se establezca. “La intervención psicoterapéutica puede ayudar al paciente a integrar el viejo self con el nuevo self”. (p.191). Además de la rehabilitación y el entrenamiento de habilidades, los pacientes que tienen buena respuesta a la medicación, necesitan además el apoyo de una relación humana en donde sus adaptaciones puedan ser explotadas. Surgir de la psicosis coloca a los pacientes ante una crisis existencial acerca del propósito y significado de la vida, los sujetos se dan cuenta que un trozo de su vida se ha perdido a causa de la enfermedad crónica, siendo forzados a reconsiderar sus valores tanto íntimos como espirituales.
- **Psicoterapia individual:** de acuerdo a los estudios realizados por Hogarty y col., (1995, 1997^a, 1997^b), han demostrado que la terapia personal es la más demostrada en las intervenciones psicosociales individuales en la esquizofrenia. A diferencia de las terapias psicodinámicas, que por lo general no son específicas para un trastorno, si lo es la terapia personal, esta terapia procede en fases, la fase inicial se centra en estabilizar los síntomas, en el desarrollo de la alianza terapéutica y en el equipo de psicoeducación. La fase intermedia consta en que el paciente tome conciencia de señales afectivas internas, vinculadas con los estresores, en esta etapa también se puede incluir el entrenamiento de las habilidades sociales y entrenamiento para incrementar en este punto la percepción social, por último, la fase avanzada está conformada para proveer oportunidades para la introspección. Vale aclarar que estas fases se adecuan a las necesidades individuales de cada sujeto.
- **Psicoterapia grupal:** a través de la realización de un estudio, Gabbard (2000), cita a Kanas, (1986), en el cuál sus resultados arrojaron alta eficacia en la

terapia grupal para pacientes internados, con mayor éxito resultaron los pacientes crónicos que los agudos. Después del control de los síntomas positivos los grupos de pacientes internados suelen ser de apoyo para los demás pacientes con esquizofrenia, en la medida en que se reorganizan y ven a otros arreglándose para el alta.

- Intervención familiar: la familia de los pacientes, contribuyen de manera secundaria a las recaídas a través de una intensificación de interacciones hacia los sujetos. A través de áreas de educación se entrena a las familias para que estas puedan reconocer síntomas y signos prodrómicos anunciando una recaída, asimismo se les ayuda a reducir la crítica y el sobrecompromiso, fomentándoles que unos programas coherentes de medicación conservan un óptimo funcionamiento.
- Entrenamiento de habilidades psicosociales: este abordaje consiste en aprovechar las capacidades del paciente maximizando su potencial vocacional, así como también estimular el desarrollo de sus habilidades sociales. La rehabilitación cognitiva ha sido incluida en estas estrategias.
- Tratamiento hospitalario: para el paciente esquizofrénico la hospitalización es un refugio seguro evitando el daño a otros y a sí mismos. Gabbard (2000) cita a Selzer (1983) enfatizando que

La omnipotencia del paciente es desafiada por la necesidad de acomodarse a las necesidades de los otros. Es inevitable que la implementación de horarios y actividades propone alguna frustración de sus necesidades y deseos. Este nivel óptimo de frustración los ayuda a que mejoren su prueba de la realidad y otras funciones del yo. (p.204).

Lo que puede brindar la hospitalización, es su uso como fase preparatoria para lograr que, un proceso de psicoterapia ambulatoria esté listo, muchas veces el único contacto social importante para los pacientes ambulatorios en situación social de aislamiento, son los encuentros grupales.

En síntesis, Gabbard (2000) señala que las personas con esquizofrenia necesitan de las figuras terapéuticas en sus vidas, asimismo necesitan que alguien les simplifique comprender sus miedos y fantasías que les imposibilita cumplir con los planes del tratamiento en general, cabe destacar que uno de roles que tiene el psicoterapeuta es indagar los asuntos que surgen en otras áreas del tratamiento.

Un recorrido por la psiquiatría en el Uruguay....

Haciendo un breve repaso de lo que fue la psiquiatría en el Uruguay los autores Apud, Borges y Techera (2010), señalan a fines del siglo XIX se inaugura el Hospital Vilardebó (Manicomio Nacional) que, en conjunto con la Facultad de Medicina creada también a fines de ese siglo, surge la psiquiatría como disciplina en el Uruguay. Es así que con el correr del tiempo y debido a la demanda de la población del hospital psiquiátrico se crea en el año 1912 la Colonia Etchepare, estas instituciones creadas con el fin de recluir y asilar, actúan en los sectores de una población vulnerable y frágil. Más adelante surgen diferentes propuestas en el Hospital Vilardebó, con la idea de realizar una serie de estrategias para la rehabilitación y el tratamiento, propiciando la reintegración al medio social (comunidad) o al medio social hospitalario (humanización). En el año 1952 un referente para la psicología en el Uruguay como el profesor Juan Carlos Carrasco, comenzó a desarrollar en el Vilardebó un taller de pintura, así como también la expresión libre (idea que trajo del extranjero). Actualmente en el Hospital funcionan talleres de música, plástica, expresión corporal y cerámica y un espacio radial, este también cuenta con un espacio llamado "Puertas Abiertas", desarrollándose talleres de huertas y técnicas integradas.

Siguiendo con esta línea los autores Apud et al. (2010) afirman que la Colonia Etchepare surgió para aliviar la sobrepoblación del Hospital Vilardebó, como se mencionó anteriormente, fundada bajo un modelo de asilamiento de estilo europeo, en ella llegaban las personas con bajos recursos, derivadas por el Hospital Vilardebó o por un juez, principalmente estos pacientes eran crónicos.

Apud et al. (2010) señalan que, en el año 1986, la Comisión Nacional de Salud Mental trabajó sobre un nuevo plan de reforma, ésta proponía reestructurar los servicios especialmente los servicios comunitarios y fomentar la prevención y rehabilitación.

Del Castillo, Villar y Dogmanas (2011), subrayan que el proceso del desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental (1986), la consideración de los tratamientos, así como también la descentralización de los servicios asistenciales en conjunto con el desarrollo y la creación de la Red de Salud Mental, y los tratamientos psicofarmacológicos, han habilitado la posibilidad de ahondar en abordajes psicosociales y a contribuir de algún modo a superar el modelo de asilamiento y garantizar la erradicación del sistema manicomial. Los autores enuncian que a partir del Plan Nacional de Salud Mental se promovieron una serie de transformaciones, como la creación del Área en Salud Mental, el crecimiento de la atención psiquiátrica

en el interior del país, la descentralización del servicio, así como también la creación de una cantidad de centros de rehabilitación. Los Servicios del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención en Salud Mental de ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado, organismo descentralizado desde el 8 de agosto de 2007 en el que se promulgó la Ley 18.161 en el nuevo marco legal de la Reforma de la Salud) cuentan para el tratamiento de las personas con TMSP con los siguientes dispositivos:

A- Las Colonias Psiquiátricas (Santín Carlos Rossi y Bernardo Etchepare).

B-El Hospital Vilardebó como Hospital de Agudos cuenta con diferentes Programas de Rehabilitación, ellos son: Programa de Atención en Crisis (ACRI), Rehabilitación en Sala, Centro Diurno y Psicoeducación, Pasantías remuneradas de Capacitación Laboral en Gastronomía y Tisanería Básica y en Huerta Orgánica (convenio con organizaciones no gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil), Pasantías de reparación y reciclaje de espacios, muebles y materiales del Hospital.

C-(UCEA) La Unidad de Coordinación de Egreso Asistido funciona en el Hospital Vilardebó y es coordinada por la Dirección de Salud Mental de ASSE.

D- Las Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales en todo el país.

E-Los Centros Diurnos de Rehabilitación Psicosocial integrados por el Centro Diurno (Hospital Vilardebó), Centro Diurno Sayago y Centro de Rehabilitación de Pando de Montevideo y Área Metropolitana.

F- Los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM), 45 en total, (tanto en el interior del país como en la capital).

Rehabilitación Psicosocial

Definiciones y conceptos

Hernández Monsalve (2011) define la Rehabilitación Psicosocial como un elemento clave en los procesos de desinstitucionalización y como aporte fundamental para la recuperación y la inclusión social de las personas que sufren trastornos mentales graves y persistentes. Hace referencia a un conjunto de estrategias que sirven para afrontar los obstáculos para el ejercicio de la vida cotidiana, ya que por la gravedad de la enfermedad se limitan en el desarrollo del diario vivir, así como también de los objetivos personales, es por eso que se ponen en práctica diferentes técnicas para este abordaje, como son técnicas de desarrollo de habilidades sociales, de estimulación cognitiva, psicoeducación, familiar, así como también técnicas menos específicas como acompañamiento terapéutico, seguimiento comunitario, etc.

Del Castillo et al. (2011), a través del consenso Intercentros del Uruguay, (Comisión Intercentros de Rehabilitación Psicosocial del Uruguay, 2005) definen la Rehabilitación como un modelo terapéutico integral, fundamentado en el paradigma biopsicosocial, este modelo propone mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y comunidad. Dentro de los objetivos específicos de la Rehabilitación se encuentran la prevención primaria, secundaria y terciaria, dirigidos a personas con trastornos mentales severos y persistentes. Desde lo cultural y ambiental el trabajo en rehabilitación biopsicosocial incluye el encuentro entre la persona que padece un trastorno mental, su entorno, su familia, y el personal referente. En este encuentro se toma en cuenta el lugar del sujeto con TMSP, su potencial y conocimiento en un aprendizaje en común hacia un camino individualizado y propio.

Según lo establecido por la OMS (1997), la Rehabilitación Psicosocial se define como:

Un proceso que facilita la oportunidad a individuos que están deteriorados, discapacitados o afectados por el *handicap* o desventaja de un trastorno mental para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La RP apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de

discapacidades, dishabilidades y *handicap*, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad. (s/p)

El concepto de Rehabilitación Psicosocial, según la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (2009), consiste en:

un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que complementan las intervenciones farmacológicas y de manejo de los síntomas, y se orientan a la mejora del funcionamiento personal y social, de la calidad de vida, y al apoyo a la integración comunitaria de las personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas. (p.33)

Conforme con la Guía de Práctica Clínica (2009), la significancia del término de rehabilitación psicosocial parte de la delimitación de su ámbito como un conjunto de intervenciones psicosociales comprometidas para mejorar la autonomía y el funcionamiento del sujeto en su entorno, así como también su participación e integración social, puesto que la rehabilitación es un instrumento que se encuentra al servicio de la recuperación de las personas con TMG, necesita por ende de la integración en de todo el Sistema de Servicios Comunitarios de Salud Mental.

La Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP,2007) esboza que el concepto Rehabilitar hace alusión, según el diccionario a “restituir a una persona o cosa a su estado anterior o bien define la rehabilitación como el conjunto de métodos destinados a recuperar una actividad o función perdida, como consecuencia de un traumatismo o enfermedad” (p.16). Dentro del término de rehabilitación si bien este se refiere al mejoramiento de las habilidades y capacidades, también sugiere la idea de un conjunto de apoyos y condiciones indispensables para que las personas mantengan un nivel de funcionamiento determinado. Según lo planteado por la AMRP (2007) existen un sinnúmero de definiciones en cuanto a rehabilitación, todas ellas comparten independientemente del enfoque teórico, una serie de similitudes y particularidades, ellas son:

- La rehabilitación se hace “con” las personas, no “sobre” las personas. El sujeto es el promotor de su propio proceso rehabilitador, el profesional actúa como facilitador, asesor, modulador o apoyando al usuario. Es el individuo el que se rehabilita, no el profesional quien rehabilita.
- Actividades por objetivos. Las actuaciones o intervenciones que se realicen en rehabilitación se ven determinadas por los objetivos que se pretenden lograr, no se podría estar hablando de rehabilitación si no existen o se determinan dichos objetivos. Es por esto que la rehabilitación, metodológicamente, no consiste en la aplicación de

un tratamiento estándar, sino que se debe de adecuar a cada persona, a su entorno familiar, además como del contexto en el que vive cada individuo.

- Todas las personas son “rehabilitables”. Desde el momento en que se plantee un solo objetivo para el mejoramiento y el apoyo en una situación vital específica evitando así un deterioro mayor para la persona, ya se puede hablar de rehabilitación.
- Su objeto de actuación no es sólo la persona concreta que padece una enfermedad mental grave de larga evolución, sino que incluye a la persona y a su contexto. El proceso rehabilitador se orienta además del usuario, hacia la familia, amigos, apoyos, entorno social, etc.

La mayoría de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, suelen tener un severo déficit en sus capacidades y desempeños sociales, pero este déficit no es solo por causa de la enfermedad, sino que también contribuyen a esta causa, las características personales, el medio en el que viven, el apoyo brindado de afuera, etc. Por lo tanto, es por esto que la rehabilitación debe enfocarse en minimizar estas discapacidades, capacitando a los usuarios a través de entrenamientos específicos, instaurando hábitos, logrando el soporte social para alcanzar un funcionamiento acorde en relación a responsabilidades, interacción con los demás, llevar a cabo tareas específicas, estructurar el tiempo personal, etc. En resumen, el objetivo es posibilitar la integración social de las personas con enfermedades mentales graves, por lo cual se hace necesario contar con los soportes, laborales, residenciales, económicos para lograr dicha integración.

El abordaje de la enfermedad mental requiere un plan que involucre a los usuarios, a los familiares, a los profesionales de la salud y a los actores comunitarios trabajando conjuntamente para desarrollar las mejores condiciones posibles. El concepto de rehabilitación es superficial si solamente da cuenta de una adecuación del individuo a los requerimientos o exigencias sociales. No alcanza con que se aprueben leyes o normas que anuncian la restitución del ejercicio pleno de la ciudadanía, si no se acompañan de una planificación y ejecución de recursos que garanticen un efectivo e integral programa de rehabilitación. (Apud, I; Borges, C; Techera, A. 2009, p. 116).

Objetivos

Rodríguez, A. (1997) señala que los procesos de reforma psiquiátrica y desinstitucionalización confluyeron al desarrollo del campo de la rehabilitación psicosocial, además de otros factores, la misma debe apoyarse en una concepción amplia y globalizadora de los Derechos Humanos, que reconozca y favorezca los derechos de las personas que padecen una enfermedad mental crónica a una vida plena, lo cual comprende el derecho a una vida cotidiana que implique estudiar,

trabajar, vacaciones, familia, independencia familiar, y la posibilidad de una solvencia económica facilitando su medio de vida.

Ottonelli, J (2011) señala que, en el año 2008, en el Uruguay se aprobó la Ley N° 18.418 sobre los derechos de las personas con discapacidad, en materia de Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. La cuál promueve la instauración de bienes y servicios favoreciendo la promoción y la superación de personas con discapacidad, evitando la discriminación y luchando contra la misma, asimismo la ley condena cualquier tipo de explotación consagrando el derecho a la inclusión social, asistencia personal, derecho a fundar una familia y tener acceso a la educación. Además, dicha ley contiene normas que son específicas para el derecho a la rehabilitación, protección social y trabajo. En conclusión, lo que promueve la ley es un verdadero estatuto de protección de los derechos hacia aquellas personas que tienen alguna dificultad, expresamente comprende, a los enfermos mentales.

Siguiendo con esta línea de trabajo Florit Robles, (2006) cita a Muesser, Liberman y Glynn,(1990); Tomaras, Vlachonikolis, Stefanis y cols., (1998) los cuales mencionan que las intervenciones psicosociales procuran reducir el impacto de los síntomas negativos de la esquizofrenia, así como también los positivos, incrementar conocimientos sobre el trastorno que pueda tener la persona y su familia, beneficiar la adhesión al tratamiento farmacológico, evitar las recaídas, brindar estrategias para afrontar el estrés en los enfermos y sus familiares, optimizar las habilidades sociales y la adecuada red social del sujeto, etc. También se debe de considerar una intervención que potencie las fortalezas de los individuos, así como una intervención sobre el propio entorno. Como eje prioritario la Rehabilitación psicosocial debe basarse en aquellas habilidades que son conservadas por los sujetos potenciando lo que de manera natural le ofrece su entorno.

La Rehabilitación Psicosocial tiene, pues, como meta global ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que puedan mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones lo más autónomas, normalizadas e independientes que sea posible. (Rodríguez, A, 1997, p.26).

Siguiendo en la misma línea Rodríguez, (1997), subraya que para alcanzar los objetivos en lo que a rehabilitación respecta la intervención se articula a través de un proceso individualizado, combinando el desarrollo de las habilidades, el entrenamiento

y competencias que cada sujeto requiera para actuar efectivamente en comunidad, por el otro lado, incluir también la psicoeducación, información a las familias, hasta desarrollar soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para reforzar y compensar el funcionamiento psicosocial integrando al enfermo mental crónico. La Rehabilitación Psicosocial debe ser tomada como un elemento central y como un eje fundamental en los sistemas de servicios de atención comunitaria.

Fases de la Rehabilitación Psicosocial

Florit Robles, (2006) define diferentes etapas en el proceso de Rehabilitación, vale aclarar que estas etapas no deben de considerarse como estadios, además estas etapas o fases se pueden superponer o pasar de una a la otra, así como también saltarse una de ellas, estas fases se designan: acogida, evaluación, establecimiento del plan de intervención, intervención propiamente dicha y seguimiento. A continuación, se describen cada una de ellas.

Fase de Acogida

En esta fase lo que se plantea es poder facilitarles a las personas que acceden por primera vez a los procesos de rehabilitación, reducir de cierta manera el estrés que les genera, ya que se encuentran ante una situación novedosa, además este tipo de intervenciones son muy diferentes a otros tipos de ingresos que el paciente haya podido tener. Por eso es necesario en esta fase de acogida cuidar a la persona, facilitándole la adaptación, se considera que es un proceso interactivo compartiendo las responsabilidades. En cuanto al tiempo, este puede ser variable, ya que va a depender de cada persona en particular, asimismo no se efectúa de una única manera el modo de esta fase, por eso es que se deben de tener en consideración diferentes variables.

- Va a depender de la voluntad del sujeto, así como también el grado de credibilidad al iniciar el proceso de rehabilitación.
- La capacidad y la implicancia cognitiva para comprender algo que surja nuevo.
- Participación del entorno y la familia.
- Nivel de gravedad de la enfermedad y cronicidad de la misma.

- Nivel de autonomía que tenga la persona en el diario vivir.
- Aprobación en vínculos sociales y contacto con las demás personas que padecen enfermedades mentales graves y crónicas.

Lo que se intenta es que, culminado este proceso, la persona y la familia comprendan qué se pretende, saber qué cosas dependen de la rehabilitación y que cosas no, que las expectativas se adapten y a su vez que sean lo más verdaderas posibles, que la persona con enfermedad mental logre compromiso y motivación. Se controlará al individuo desde su inicio sobre su propio proceso de rehabilitación, finalizando, se hace necesario conocer los antecedentes que hayan tenido las personas con enfermedad mental sobre los tratamientos brindados, iniciándose en ese momento la coordinación Interinstitucional (Florit Fernández y Morante, 1998).

Fase de Evaluación

Conseguido el compromiso con el usuario, una vez adaptado hacia su proceso de rehabilitación, comienza la fase de evaluación. Ésta es coordinada por un profesional, responsabilizándose de todo el proceso, pese a que se realice de manera interdisciplinar por todo el equipo. Se utiliza la entrevista semiestructurada y la observación, así como también se utilizan pruebas conductuales, test, cuestionarios, etc. Es pertinente recaudar información de fuentes diferentes ya sea del propio usuario, profesionales, familiares o de múltiples contextos. Se diseñan protocolos de evaluación, dependiendo del tipo de servicio, sea este residencial, laboral, psicosocial, o de soporte, de manera que se igualen las áreas a evaluar, y saber que se debe de valorar de esta manera se evitan duplicidades en las preguntas al usuario. Las áreas que se deben valorar son:

- A- Expectativas del usuario, la familia, respecto al centro y objetivos de la derivación, la información habrá sido ya recaudada en la fase de acogida, asimismo se agregará dicha información.
- B- Datos clínicos y biográficos: acá se incluyen los datos más significativos:
 - Antecedentes psiquiátricos: estos datos son importantes porque se debe de conocer en qué contexto se encuentra la persona, además del apoyo con el que cuenta para el proceso de rehabilitación.

- Ajuste previo: antes de que la persona haya tenido un brote, se debe de saber su ajuste en cuanto a escolarización y en cuanto a las relaciones interpersonales y de pareja.
 - Comienzo de la enfermedad, es necesario saber cómo se produjo el primer brote esquizofrénico, es decir saber a qué edad se dio, las circunstancias precipitantes, características, como reaccionó la familia ante el episodio, etc. Es importante también conocer la evolución de la enfermedad, el número de ingresos, los diagnósticos que recibió, saber si hubo intentos de autoeliminación o cuántos hubo, tratamientos y respuestas en los mismos.
- C- Aspectos en relación con la enfermedad y en relación a su tratamiento: se prioriza; la enfermedad actual, conciencia de enfermedad, factores de riesgo y protección de crisis, tratamiento farmacológico y manejo de recursos sanitarios.
- D- Área de competencia personal y afrontamiento. Manejo de estados emocionales: se evaluarán los estados de ansiedad, ira y disforia, haciendo una valoración psicológica de éstos.
- E- Funcionamiento cognitivo: se valora la atención, función ejecutiva, la memoria, orientación temporo-espacial, lectura, cálculo elemental, escritura, etc.
- F- Actividades diarias de la vida y de automantenimiento, se valora la higiene personal y vestido, (cómo lo hace y con qué frecuencia), los hábitos de salud, se evalúan los hábitos en la alimentación, sueño, ejercicio físico, consumo de sustancias, (nicotina, cafeína,), también es importante saber si la persona es capaz de cuidarse y de afrontar sus problemas médicos generales, comunicación funcional, saber el manejo que tiene la persona con los instrumentos de comunicación, ya sea internet, teléfonos, pc, etc, integración comunitaria, este ítem se refiere a cómo se maneja el individuo frente al transporte público, los diferentes recursos comunitarios que existan en su zona, y de relevancia saber cómo se desenvuelve con el dinero.
- G- Actividades productivas: se evalúa el nivel de funcionamiento actual de la persona con esquizofrenia, en lo que refiere al manejo del hogar, es decir conocer cómo se desempeña en las tareas domésticas, (cocina, limpieza, orden, cuidado de la ropa), se evalúa también la capacidad que tiene el sujeto de prevenir algún accidente doméstico, asimismo se valorará el cuidado del otro, es decir con las personas que pueda tener a cargo, (hijo, padres,), y como estos influyen en su cotidianidad, otra área importante a indagar es la orientación sociocultural, se refiere al grado de conocimiento sobre temas

culturales y de actualidad, así como la motivación y el interés que tiene por la misma.

- H- Tiempo libre, actividades de ocio: son importantes porque de esta manera nos brindan información sobre sus intereses pasados, presentes y futuros. Para conocer la autonomía se valora la ejecución grupal e individual, así como también las actividades que desarrolla, con qué frecuencia y cuál es su grado de gratificación al hacerlas.
- I- Psicomotricidad: se hace necesario conocer el grado de motricidad fina y gruesa, su esquema corporal, imagen corporal respecto a sí mismo, así como del otro, orientación temporo-espacial., etc.
- J- Área social: son de importancia en este apartado la competencia social, donde se valora la capacidad para interpretar y analizar situaciones sociales, interpretación de las emociones y estilo comunicacional de la persona. Se pretende que la persona pueda visualizar la red social con la que cuenta y la calidad de esta. El núcleo de convivencia también se valora ya que es de gran importancia, se analizará el estilo comunicacional y relacional, la capacidad para resolver conflictos, toma de decisiones, la cantidad de sobre carga comprendida en el seno familiar, el grado de conocimiento de la enfermedad, tratamiento farmacológico, y rehabilitación psicosocial que tiene la familia y su postura frente a estos tratamientos.

Rodríguez, A. (1997) sugiere en esta etapa que se debe de disponer de todos los medios probables para que la persona tome conciencia por lo que está aconteciendo, y empiece a tomar decisiones sobre los diferentes aspectos que le afectan. De esta manera el rol del profesional tiene que propiciarle al sujeto que él decida, presentándole diferentes alternativas, buscar el consenso, atender las demandas del servicio, son estrategias que se tienen que implementar no solo en la fase de evaluación sino a lo largo de todo el período de rehabilitación.

Siguiendo con la línea de trabajo, Florit, R (2006), describe la siguiente fase.

Fase de establecimiento del Plan individualizado de Rehabilitación (PIR).

La evaluación posibilita a identificar las fortalezas en las que se podrán basar las intervenciones a futuro y los déficits que se tendrán que disminuir, a partir de esto se

fijarán los objetivos de la intervención, los objetivos propuestos se acordarán con el usuario y en el caso de que la familia acceda también se harán con esta. Se deben de contemplar los siguientes objetivos para un buen plan de rehabilitación, estos son: metodología a seguir, objetivos propuestos, profesionales responsables del seguimiento de cada uno de los objetivos y temporalización.

Fase de intervención

En esta fase el período de duración varía en cuanto a cada persona, ya que depende de cada sujeto en particular, basándose en programas de intervención que se adapten a la realidad de cada usuario, de esta forma se debe de ser creativo en el tipo de intervenciones que se oferten, distanciándose de programas estructurados o que estén predefinidos y listos para ser usados. Esta fase consta de cuatro pilares fundamentales: tutorías, apoyo a las familias, programas de rehabilitación, programas abiertos.

Fase de seguimiento

Esta fase es la última del proceso una vez cumplidos los objetivos, el autor nos habla de un “*desenganche*” con los profesionales y con el centro, en esta etapa es crucial lograr que el usuario no se encuentre de un día para otro sin el apoyo, por eso hay que cuidar con gran esmero y se debe de planificar cautelosamente. Lo que se busca es que el sujeto logre una autonomía suficiente para no depender de por vida de la ayuda de los profesionales ni de la intervención del centro, si bien esto muchas veces es complicado debiéndose contemplar una atención y apoyo que se prolonga en el tiempo.

Para concluir Florit, R (2006) sostiene que es fundamental contar con el apoyo de profesionales adecuados, con formación en rehabilitación psicosocial, además de una excelente coordinación para hacer efectivo el proceso. Así como también es de primordial importancia una continua y correcta coordinación entre las personas y las instituciones, incluyendo a la familia como pilar fundamental en todo el proceso de rehabilitación.

Conclusiones

Acerca del trabajo expuesto se subraya la significancia que tiene la Rehabilitación Psicosocial para las personas con trastornos mentales severos y persistentes, se destaca, luego del abordaje teórico realizado que todos tienen un tronco en común, su fin es poder incluir en una vida social comunitaria a las personas que padecen esta enfermedad. Como señalaba del castillo (2011), se comienza a visualizar un nuevo enfoque en lo que a enfermedad mental se refiere, ya no asilando al paciente, sino pensándolo desde una mirada integral, este enfoque diferente y cambio de paradigma comienza a dar paso a la creación del concepto de rehabilitación.

Es así que gracias a la rehabilitación psicosocial las personas con TMSP, podrán lograr mayor autonomía, mejor calidad de vida y reinclusión social.

Si bien la rehabilitación es primordial para el tratamiento de la enfermedad, también es necesario que la comunidad tenga conocimiento del estado de fragilidad de estas personas, poder empatizar con ellas, ya que la sociedad juzga, sentencia, y margina.

Este prejuicio al que están sometidos radica muchas veces en la falta de información y en el desconocimiento que se tiene de la enfermedad. En palabras del psiquiatra Domingo Díaz del Peral Director de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Amería, en una entrevista expresa:

La estigmatización es casi siempre inconsciente, basada en erróneas concepciones sociales, arraigadas en la percepción colectiva. Por ejemplo, que una persona con esquizofrenia es violenta e impredecible y no podrá nunca trabajar o vivir fuera de una institución ni tener una vida social. Que una persona con depresión es débil de carácter. Que no puede casarse ni tener hijos e hijas. Que la enfermedad mental no tiene esperanza de curación. Que es imposible ayudarlo. Los vecinos que se sienten incómodos con estas personas, evitan cruzarse con ellas y desearían que en el edificio no hubiera gente así. Los empleadores que temen que estén siempre de baja y las relegan a funciones de menor responsabilidad. También los profesionales socio-sanitarios, incluidos los de salud mental, son fuente para la estigmatización cuando en la consulta ven sólo la patología y no a la persona. E incluso la propia familia, que por causa del estigma siente vergüenza y esconde la enfermedad, la niega y con ello también niega a la persona.

Rodríguez, A (1997) explica, que los problemas que sufren las personas que padecen TMG son tan complejos que afectan de igual modo a las familias, la mayoría de estos

problemas tienen características psicosociales, interfiriendo en su autonomía e integración social.

Por eso como destacaba Florit, R (2006) todas las fases de intervención son de suma importancia, si bien apuntan al usuario también se incluye a la familia para que esta forme parte del proceso rehabilitador, ya que muchas veces la familia no sabe que hacer frente a esta enfermedad, es por esta razón que se necesitan herramientas, apoyo y contención para la familia como pilar fundamental.

Cuando pensamos en rehabilitación psicosocial, no debemos dejar de pensar, de que este término abarca una amplia gama de las intervenciones, no debemos de reducirlo sólo a tratamientos farmacológicos, si bien estos son necesarios como se mencionó anteriormente para reducir los síntomas positivos, lo cual se hace indispensable mantenerlos reducidos y controlados para el progreso del tratamiento, asimismo uno de los enfoques que tiene la rehabilitación es buscar herramientas para el abordaje de los síntomas negativos.

Destaco la importancia que tiene que tener el equipo técnico, éste debe estar comprometido, con ganas de que las personas que padecen esta enfermedad puedan encontrarle un sentido a su vida, ya que esta ha causado un impacto en su manera de vivir, es un antes y un después, como un volver a empezar...

Como subrayaba Florit, R (2006), es necesario contar con el apoyo de profesionales especializados y preparados con formación en RPS, además de contar con un equipo de coordinación capacitado para que se lleve a cabo dicho proceso con éxito.

Sabemos que más allá de la enfermedad hay personas que sufren, que padecen, por eso es de suma importancia que reconozcan sus fortalezas. Como decía el autor, poder identificar las fortalezas, así como también disminuir sus debilidades, posibilita a trabajar en las futuras intervenciones.

Gabbard (2000), nos señala que las personas con esquizofrenia, necesitan que alguien les ayude a enfrentar y comprender sus miedos y fantasías ya que estas muchas veces obstruyen el proceso terapéutico, (...), "lo que más necesitan los pacientes esquizofrénicos son personas dedicadas se llamen administradores de caso clínico o psicoterapeutas, que puedan ofrecer relaciones humanas compasivas que sirvan de refugio en un mundo confuso y amenazante". (p.211).

Concluyendo, si bien todas las fases de la rehabilitación psicosocial son fundamentales, es de suma importancia en la fase de acogida poder visualizar que no todas las personas que se encuentren en un proceso de rehabilitación van a llegar a tener el éxito que se espera, por eso hay que tener cuidado en los objetivos planteados y en las metas que se proponen, ya que muchas veces se hacen inalcanzables, dependiendo del grado de la enfermedad y en qué condiciones se encuentre la persona, asimismo esto no debe de ser motivo para renunciar en conseguir los mismos.

Para finalizar aporto una cita de Beatriz Ferrera Rodríguez:

No todas las personas van a conseguir una recuperación plena. Cuando la RPS se orienta a la recuperación su alcance no es una cuestión de “Todo o nada”, es una cuestión de grados. La recuperación depende de múltiples factores. La intervención temprana es fundamental. La expectativa de familiares y profesionales es el principal factor predictivo de la evolución del proceso de recuperación. Las personas que se recuperan tienen al lado a otras que creen en ellas. (p.177, s/f)

Referencias bibliográficas

Apud, I., Techera, A., y Borges, C. (2010). *La sociedad del olvido: ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: UdelaR; CSIC.

Asociación Española de Neuropsiquiatría, (2002), *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid, AEN, Cuadernos Técnicos, nº 6.

Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP), Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales, (INTRESS), Asociación Guipuzcoana de Familiares de Enfermos Psíquicos (AGIFES), (2007). Primera edición, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/crehabpsico21016.pdf>

Belloso, J. (2012). *Intervención en trastorno mental grave. Clínica contemporánea*, 3(1), 3-23. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2012v3n1a1.pdf>

Broustra, Jean (1979) *“La Esquizofrenia”*, Barcelona. Editorial Herder.

Caldeyro, C. (2011) *Participación, organizaciones sociales y Salud Mental*. En, De León, N. (Ed), *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental* (pp. 189- 192). Montevideo: UdelaR; CSIC.

Capponi, R. (1987). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Santiago: Universitaria. Recuperado de [\[DOC\] 200.111.157.35](#)

<http://200.111.157.35/biblio/recursos/Capponi%20M.,%20Ricardo%20-%20Psicopatologia%20Y%20Semiologia%20Psiquiatrica.doc>

Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10: CDI-10. (1994), Editorial Médica, Panamericana, S.A.

Del Castillo, R., Dogmanas, D. y Villar, M. (2011). *Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4, 83 -96. Disponible en <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>.

Ey, H., Bernard, P., Brisset, C., (1978), *Tratado de psiquiatría*, 8ª Ed Elsevier España.

Ferrera, R, B (s/f), *Las terapias integradas*, En, Rodríguez, P, F. (Ed) *La recuperación de las personas con trastorno mental grave: Modelo de red de redes, Presente y perspectivas de futuro*, (PP .177-185),(cáp.8) Recuperado de: http://omeaen.org/files/2013/12/LIBRO_LA_RECUPERACION_DE_LAS_PERSONAS_CON_TMG.pdf

Florit-Robles, A. (2006). *La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica*. Vol. 24 1-3, 223-244.En: *Apuntes de Psicología*. Universidad de Sevilla. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/104/106>

Freud, S, (1923-25) “*El Yo y el Ello y otras obras*” en *Obras completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires 1976, Volumen XIX.

Gabbard, Glen O. (2000) *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. (3era. Edic.) Bs.As.: Editorial Médica Panamericana.

Gisbert, C. (2003). - *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno Mental Severo*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_compl.pdf

Hernández, M, M (2011). *Rehabilitación psicosocial. Perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica*, Comunidad de Madrid, Estudios de Psicología, 16(3), 295-303. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v16n3/13.pdf>

Imbriano, A. H. (2009). *Las enseñanzas de las psicosis* (2a. ed.). Medellín: Universidad de Antioquia.

Laplanche, J. & Pontalis, J.-B., (1967). *Diccionario de psicoanálisis*. España: Paidós.

Ley. 18.418. Recuperado de:

<http://www.uncu.org.uy/downloads/documents/201301240256238162.pdf>

Maleval, J -C., (2002) *La forclusión del Nombre del Padre*, Paidós, Buenos Aires, 1° edición.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1995). *DSM-IV- TR*. Barcelona: Masson, S.A.

OPS/OMS-WAPR. (1997), *Rehabilitación Psicosocial. Declaración de Consenso WARP/ WHO*. En: http://www.arpscyl.org/index.php/documentos/cat_view/36-declaraciones-warp

Otonelli, F, J., (2011) *Marco Jurídico: Salud Mental y Derechos Humanos* Francisco. En, De León, N. (Ed), *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental*, (pp. 59-70). Montevideo: UdelaR; CSIC.

Rodríguez, A, (1997), *Rehabilitación Psicosocial de personas con Trastornos Mentales Crónicos*, Ediciones Pirámide.

Zax, M, & Cowen, E, L (1979). *Psicopatología*. Nueva editorial Interamericana, S.A. de C.V. segunda edición.

Centro de Formación (2015, octubre 15), Mvd al día, Psiquiatra Domingo Díaz del Peral sobre salud mental, (Archivo de video). Recuperado de:
<https://www.youtube.com/watch?v=wnDU2cpSJ1Q>