



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado, Licenciatura en Psicología

Modalidad Monografía

***Importancia de la Rehabilitación Psicosocial con
Pacientes Psicóticos***

Tutora: María Alejandra Gutiérrez Galo

Autora: Carla Pesce Calo.

C.I: 4.285.632-2

30 de agosto del 2014

Montevideo-Uruguay.

1. *Resumen*

En esta monografía se abordará la importancia que tiene la rehabilitación psicosocial en la recuperación de pacientes con trastornos mentales severos y persistentes.

Se elucidará la zona de cruce entre los distintos postulados, los puntos en común en cuanto a la teoría, técnica y su validez.

Serán desarrollados antecedentes teóricos y conceptuales, formulados por distintos autores que han contribuido a la historia y construcción, con el fin de interpretar y comprender la psicosis, como patología crónica, y dentro de esta la esquizofrenia. Se explicitarán a su vez los síntomas y síndromes que se presentan y desarrollan, los diferentes criterios diagnósticos, las formas clínicas y la comprensión psicodinámica de la misma.

Luego se vislumbrará la importancia de la rehabilitación psicosocial, sus diferentes objetivos y fases, señalando al grupo como dispositivo privilegiado para el eficaz abordaje de personas con trastornos mentales graves.

Para finalizar se puntualizará la situación actual de la rehabilitación psicosocial en el Uruguay.

Palabras Clave. Trastornos Mentales Severos y Persistentes, Esquizofrenia, Rehabilitación Psicosocial.

2. Índice

3. Introducción.....	pág.4
4. Marco Teórico.....	pág. 5
4.1 Antecedentes sobre Psicosis y Esquizofrenia.....	pág.5
4.2 Trastornos Mentales Graves.....	pág. 9
4.3 Esquizofrenia.....	pág. 12
Introducción.....	pág. 12
Definiciones.....	pág. 12
Criterios Diagnósticos.....	pág.13
Formas Clínicas de la Esquizofrenia.....	pág.15
Comprensión Psicodinámica de la Esquizofrenia.....	pág.16
4.4 Rehabilitación Psicosocial.....	pág. 21
Definiciones.....	pág. 21
Objetivos de la Rehabilitación.....	pág. 23
Fases de la Rehabilitación.....	pág. 24
Capital Humano: profesionales y su labor en la comunidad terapéutica.....	pág. 29
La importancia del dispositivo grupal en Rehabilitación.....	pág. 31
4.5 Rehabilitación Psicosocial en el Uruguay.....	pág. 33
Reflexiones.....	pág. 36
Bibliografía.....	pág. 38

3. *Introducción*

El objetivo de esta monografía es intentar exponer y reflexionar acerca de la importancia de la rehabilitación psicosocial, como un modelo terapéutico integral, basado en el despliegue de un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social, abordando a la persona con trastorno mental severo y persistente como un ser integral, desde el paradigma bio-psico-social, con la finalidad de recuperar, reconstruir y rehacer todo aquello que perdió a causa de la enfermedad; mejorando su calidad de vida, su funcionamiento personal y social, desarrollando así cierto grado de autonomía en la vida diaria e integración y relacionamiento con los otros en la comunidad. La rehabilitación como modo de complementar las intervenciones farmacológicas, ya que las mismas solo apuntan a disminuir y controlar los síntomas positivos, manteniendo así compensada a la persona.

Otro de los objetivos es analizar y visualizar las diferentes conceptualizaciones sobre trastornos mentales graves, entre estos la esquizofrenia por ser la patología más degenerativa, dando cuenta de forma específica y clara, cuales son los síntomas y síndromes que se desarrollan, así como también las diversas clasificaciones y manuales diagnósticos. Si bien hasta hoy en día no hay una etiología exacta de la misma, se expondrá el carácter psicodinámico de la esquizofrenia, a modo de examinar y explorar los diferentes postulados.

Por otra parte es fundamental como futura psicóloga, profesional del ámbito de la salud analizar y comprender cuál sería nuestro rol a desempeñar, nuestros aportes e intervención dentro de un modelo de rehabilitación psicosocial y atención comunitaria en salud.

Al finalizar se esclarecerá cual es la situación actual de la rehabilitación psicosocial en nuestro país.

4. *Marco teórico*

Las temáticas que se articulan en el siguiente trabajo son muy amplias y complejas, por esta razón se considera necesario especificar con claridad su pertinencia.

Se comenzara por desarrollar los antecedentes sobre psicosis y esquizofrenia, por otro lado se conceptualizará sobre los trastornos mentales graves, para luego profundizar en la esquizofrenia; y por último se señalara la importancia que tiene la rehabilitación psicosocial para el abordaje de personas con estas características.

4.1 *Antecedentes sobre psicosis y esquizofrenia*

Emil Kraepelin (1856- 1926) a finales del siglo XIX estableció el panorama nosográfico de la psicosis, vigente hoy día, oponiendo a la psicosis maniaco-depresiva la Demencia Precoz. Separó las dos enfermedades de acuerdo a sus supuestas diferencias de etiología, síntomas, curso y pronóstico. Definió la Demencia Precoz como un conjunto de trastornos diferenciado por la presencia de delirios y vacío afectivo, los cuales comenzaban a manifestarse a una temprana edad, con un curso crónico y delirante. “Progresiva evolución hacia un estado de debilitamiento psíquico (verblodung), y por los profundos trastornos de la afectividad (indiferencia, apatía, sentimientos paradójicos).” (Henri-Ey)

Posteriormente Bleuler en 1911 cambio el nombre de Demencia Precoz por el concepto de esquizofrenia, prestando mayor atención a lo que refieren los síntomas que se presentan en dicha enfermedad y no tanto a su curso y desenlace. Afirmando así que la característica fundamental de la esquizofrenia era la división o fragmentación del pensamiento.

Freud desarrollara gran parte de sus conceptualizaciones a partir de su noción de catexis, la cual refería a la cantidad de energía ligada a cualquier estructura intrapsíquica o representación de objeto, estaba convencido que la esquizofrenia se caracterizaba por una decatectización de los objetos, usando este concepto para describir el proceso de desinvertimiento emocional o libidinal de las representaciones intrapsíquicas de objeto, o para describir la retracción social respecto a las personas reales del ambiente. Freud definía la esquizofrenia como una regresión en respuesta a las intensas frustraciones y conflictos con los otros. Esta regresión entendida desde las relaciones de objeto a un estadio auto erótico del desarrollo estaba acompañada de un retiro de la investidura emocional de las representaciones de objeto y de las figuras externas, lo que explicaba la aparición del

retramiento autístico. La catexis es reinvertida en el self o en el yo. Luego de desarrollar el modelo estructural, revisó su visión de la psicosis. Freud utilizaba el retiro de la catexis de objeto para explicar su observación de que, comparados con los pacientes neuróticos, los pacientes esquizofrénicos eran incapaces de establecer transferencias. Definiendo a la neurosis como un conflicto entre el yo y el ello, contraponiéndolo con la psicosis que resulta de un conflicto entre el yo y el mundo externo; en la psicosis la realidad es desmentida y sustituida o modificada (Freud, 1924). Utiliza el término desmentida para explicar el modo de defensa consistente en que el sujeto rehúsa reconocer la realidad de una percepción traumatizante, principalmente la ausencia de pene en la mujer. En la segunda teoría del aparato psíquico, Freud expresa “en la psicosis se produce al principio una ruptura entre el yo y la realidad, que deja al yo bajo el dominio del ello; en un segundo tiempo, el del delirio, el yo reconstruiría una nueva realidad, conforme a los deseos del ello” (Definición de Laplanche) El paciente psicótico no es capaz de establecer una relación de transferencia, aspecto clave en la teoría psicoanalítica. Según Freud la psicosis era prácticamente incurable y se centró en la cura de las neurosis. Sin embargo privilegió el concepto de paranoia (para él componente principal de la psicosis) sobre la noción de esquizofrenia.

Melanie Klein desarrolla la posición esquizoparanoide determinada por una constelación de determinadas ansiedades y defensas utilizadas contra ellas. La ansiedad que se manifiesta en los pacientes con psicosis son del tipo persecutoria, la misma es desencadenada por los ataques del objeto, y por las pulsiones destructivas. Las defensas primitivas empleadas contra esta ansiedad son la disociación, omnipotencia, negación e identificación proyectiva. Los elementos psíquicos de dicha posición se produjeron en etapas primitivas del sujeto, en la que aún no existe una clara diferenciación entre sujeto-objeto, en donde el objeto es percibido de forma parcial y fragmentada, por ende aún no es reconocido como total o diferenciado del Yo. Klein afirma que la proyección de sentimientos buenos y de partes buenas del yo dentro de la madre es esencial para la capacidad del niño de desarrollar buenas relaciones de objeto y de integrar su yo. (Laplanche)

Para la elaboración psicótica el sujeto utiliza los mecanismos de condensación y desplazamiento como forma de inventar un mundo para poder “sobrevivir”, esto le permite crearse la ilusión psicótica de tener acceso a lo imposible, ser invulnerable de forma omnipotente.

Para Tizón la psicosis implica un trastorno relacional grave. La esquizofrenia consiste en una ruptura del juicio de realidad, implicando así importantes alteraciones a nivel emocional, cognitivo y relacional. Conlleva una serie de síntomas en negativos (son los dominantes y más persistentes) y en positivo (se dan en los episodios o crisis). Tizón plantea dos paradigmas uno biologicista y otro relacional. En el primero hace referencia a que la

esquizofrenia es una enfermedad del cerebro, genéticamente determinada, la cual es crónica y deteriorante. En el segundo punto nos habla sobre la forma u organización de la relación en el paciente psicótico, donde su forma de relacionarse es simbiótica-adhesiva, con simbiosis se refería a como el mismo se refugia en un otro en el cual se confía pero a la vez se le teme, y adhesiva ya que utiliza conductas de “como si”; por ende éste termina refugiándose en un alguien contiguo (normalmente su padre o madre) de manera muy estrecha. Es un vínculo totalmente ambivalente y con muchas dificultades de diferenciación sujeto-objeto.

García Badaracco, en el artículo identificación y sus vicisitudes en la psicosis, explica la identificación como el primer vínculo estructurante del individuo. Por lo que el sujeto se descubre primero identificando al otro y luego se identifica a sí mismo. A esto agrega que el condicionamiento psicótizante se encuentra conformado por diversos factores; rasgos patológicos de la personalidad de las figuras parentales, carencias parentales al asistir al sujeto en el crecimiento yoico, dificultad por parte de los padres para favorecer y permitir la agresividad y demás elementos involucrados en la desimbiotización de la simbiosis primitiva. Dichas figuras parentales se impusieron como imprescindibles, no permitiéndole el desarrollo de su autonomía, carácter patógeno ante un tipo de acontecimiento traumático. Lo ideal es que las identificaciones se den dentro de un vínculo simbiótico sano, donde el niño tome recursos yoicos de sus padres haciéndolos propios y a su vez cree otros nuevos a través de ensayo y error, asimilación, acomodación, dando paso paulatinamente a una independencia recíproca. Posibilitando la diferenciación Yo no Yo.

Según Winnicott el objeto externo, parental debería ser fundamentalmente un objeto transicional. Este término es introducido por él mismo para designar un objeto material que posee un valor afectivo para el lactante y niño pequeño, permitiéndole al niño efectuar la transición entre la primera relación oral con su madre, y la verdadera relación de objeto.

Badaracco toma este concepto y dice que los padres son objetos que deben cumplir una función en el crecimiento de los hijos y más tarde dejar de cumplirla, pasando así a otro tipo de relación.

Es pertinente recurrir al autor rio platense Carlos Mandhilarzu ya que sus conceptualizaciones se ajustan más a nuestra “realidad” sociocultural. El mismo sostiene que frecuentemente el Yo hace uso de mecanismos de identificación proyectiva patológica, encontrando en el mundo externo sujetos con las condiciones apropiadas para hacerse cargo de la proyección de estas configuraciones, constituyéndose así una simbiosis patológica con el objeto externo.

- 1- Génesis. Considera que el proceso psicótico se inicia en la hora O del individuo, es decir desde el nacimiento, sin descartar que sucesos en la vida intrauterina puedan

tener influencia en sus orígenes. Las vicisitudes de las relaciones objétales y de las identificaciones precoces (llamadas primarias, mágicas, narcisistas, pre-edípicas, etc. según las escuelas) son esenciales en este continuum que se despliega a lo largo de la vida.

- 2- Estructura. Los introyectos patógenos parciales de las primeras etapas constituyen el germen de un núcleo en la psicosis, cuyas consecuencias se expresan de una manera más o menos permanente en las oscilaciones caracterológicas y actos impulsivos o en forma aguda en las crisis psicóticas (en las cuales el Yo es masivamente invadido, acentuándose notoriamente en estas situaciones su precariedad funcional). Este germen se va “alimentando” en el curso de la vida con nuevos introyectos malignos, constituyéndose así un conglomerado o amalgama caótica sin sucesión ni jerarquización de objetos parciales a su vez con funciones divididas. En los brotes psicóticos o en las psicosis crónicas los límites se pierden o desaparecen instalándose el núcleo en forma transitoria o definitiva dentro del yo. En otras formas, y sobre todo fuera de las crisis, se mantiene aparentemente inactivo, en una porción más periférica, más “orbital” en el sentido de Wisdom. Pero siempre es el Yo el encargado de mantener los límites, por más débiles o difusos que puedan llegar a ser.

4.2 Trastornos Mentales Graves

Es fundamental antes de comenzar con la conceptualización sobre lo que es e implica un Trastorno Mental Grave (TMG), poder elucidar cómo las personas que padecen (TMG) han sufrido una larga historia de marginación. “Es así que se crean los asilos, los manicomios, como instituciones tendientes a la contención y segregación de lo que no se quiere ver, en el supuesto de que lo que no se ve, no existe.” (Rene De Castillo)

Para Cristina Gisbert Aguilar en el Congreso Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2003) expresa que, pocas décadas atrás el principal modelo de atención a las necesidades y problemas psiquiátricos y psicosociales de la población, se organizaba en torno al internamiento durante largos períodos de tiempo o incluso de por vida, en instituciones psiquiátricas. Estas instituciones u hospitales psiquiátricos (los denominados manicomios) normalmente de gran tamaño y situados en zonas sub-urbanas se caracterizaban por brindar en la mayoría de los casos poco más que una atención de tipo asilar y custodial, la asistencia psiquiátrica que ofrecían era escasa y deficitaria, las condiciones de vida de los internados eran visiblemente inadecuadas: masificación, falta de intimidad, despersonalización, etc. Por esto, la permanencia prolongada en dichas instituciones constituía un importante factor de

cronificación y deterioro personal además de marginación y aislamiento de la sociedad. En las últimas décadas la situación ha ido cambiando y mejorando sustancialmente, gracias a la agrupación de diferentes factores: desarrollo de nuevas formas más eficaces de tratamiento farmacológico, psiquiátrico y de intervención psicosocial, cambios políticos y culturales, movimientos de lucha por los derechos humanos, entre otros; produciendo así cambios y modificaciones en la manera de abordar y tratar a las personas con Trastornos mentales graves (TMG); que han permitido avanzar en un profundo proceso de transformación de la atención y situación de este colectivo. Siguiendo en esta misma línea Rene De catillo afirma que actualmente se apunta a fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental, de manera de superar el modelo asilar y asegurar la erradicación del sistema manicomial.

Virginia Otero (2003) afirma que la enfermedad mental crónica surge en la sociedad contemporánea como un problema de carácter socio-económico y secundariamente médico.

Henri-Ey define las enfermedades mentales crónicas, como aquellas “enfermedades mentales que por su organización permanente, aunque no siempre irreversible, constituyen formas patológicas de la existencia. Sus caracteres comunes son: 1- Constituir trastornos mentales durables, estables y, a veces, progresivos. 2- Modificar más o menos profundamente el sistema de la personalidad.”

“Los enfermos mentales crónicos son aquellas personas que sufren ciertos trastornos graves y crónicos que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a tres o más áreas de su vida diaria, como la higiene, el auto cuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, ocio y que dificultan el desarrollo de su autonomía o autosuficiencia económica.” (Otero 2003)

Hollingshead y Redlich (1958) consideran la cronicidad como el resultado de una compleja relación de determinación entre clases sociales, enfermedad, evolución, y tratamiento. Para estos, aquellas personas de clases sociales menos favorecidas: sufren más trastornos mentales y de mayor gravedad, reciben tratamiento más tarde, están reclusos en el hospital y sus posibilidades de reinserción son menores, por ende el impacto de la enfermedad es mayor y su aislamiento posterior también.

Gisbert Aguilar (Junio 2003) especifica que el enfermo mental crónico es aquel paciente que sufre de una enfermedad mental severa de prolongada duración, haciendo hincapié en la edad, evolución, síntomas y duración. Es por esto que podemos encontrar pacientes con características y necesidades muy diferentes. Presentando así un grado variable de discapacidad, restricción o falta de habilidad para ejecutar una actividad como resultado del déficit o deterioro. La minusvalía estaría dada por la desventaja social que encuentra el individuo como consecuencia de sus discapacidades.

Lo antes dicho se relaciona con lo planteado por Pablo Rivero Corte en la Guía Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave del SNS (2009), donde señala que los “(TMG) engloban diversos diagnósticos psiquiátricos con cierta persistencia en el tiempo y que presentan graves dificultades en el funcionamiento personal y social como consecuencia de la enfermedad, reduciendo la calidad de vida de la persona afectada.” (p. 7)

La Asociación Española de Neuropsiquiatría (Madrid 2002), desarrolla una serie de elementos comunes que definen a la persona con Trastornos Mentales Severos (TMS); los mismos son:

- Mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- Dificultades para interactuar socialmente, pérdida de redes sociales de apoyo, que en muchos casos se limitan sólo a su familia y situaciones de aislamiento social.
- Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales
- Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su plena integración social y favorece la dependencia económica, la pobreza y marginación. Las necesidades y problemas de las personas con TMS son, por tanto, múltiples y variadas.
- Como personas y ciudadanos que son, antes que enfermos mentales, comparten con el resto de la población problemas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.) Y además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a los problemas psiquiátricos y psicosociales propios de este colectivo.

4.3 Esquizofrenia

Introducción

Es una enfermedad que aparece muy tempranamente entre los 15 y 25 años con un curso crónico. Presenta varias formas de comienzo, pudiendo ser insidiosa – progresiva, como la hebefrenia, aguda (psicosis delirante aguda), acceso delirante o catatónico, cíclica (reiteración de cuadros agudos) o mono sintomática (un solo síntoma desconcertante aislado). Según Henri-Ey (8ª Edición-1978) en la misma se presenta una ruptura del sujeto

con la realidad, la persona queda alienada, produciéndose una fragmentación y debilitamiento a nivel del yo. Es una enfermedad que tiende a evolucionar hacia un déficit y disociación de la personalidad, alterándola profundamente. No puede ser considerada como un estado lesional o constitucional, resaltándose un carácter dinámico y positivo del proceso; es un “proceso mórbido”. Hay un potencial evolutivo de la enfermedad y uno involutivo de la personalidad, generándose así una imposibilidad de salir de una experiencia subjetiva e impotencia de vivir en un mundo real y huir hacia uno imaginario. La Esquizofrenia reúne varios factores que favorecen su irrupción, el factor genético hereditario podría definir el conjunto de reacciones posibles, es heredada una mayor tendencia al trastorno mental y el medio determinaría su realización y de qué forma se va estructurando en el sujeto; podría pensarse también como una enfermedad socio cultural, ligada a una cultura occidental. A pesar de los avances de la investigación todavía no se ha logrado conocer su naturaleza y determinar su etiología.

Definiciones

Henri-Ey define la Esquizofrenia como aquella psicosis determinada por la desintegración de la personalidad. 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; caracterizándose por una transformación profunda y progresiva de la persona, la cual cesa de construir su mundo en comunicación con los otros, perdiéndose en su pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario. Dicho proceso es más o menos lento, profundo y progresivo: se caracteriza como afirmaba Bleuler: por un síndrome deficitario (negativo) de disociación y por un síndrome secundario (positivo) de producción de ideas, de sentimientos y de actividades delirante.

La definición clínica establecida en el tratado de psiquiatría expresa que la Esquizofrenia es “un conjunto de trastornos en los que dominan la discordancia, 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.” (Henri-Ey Tratado de Psiquiatría, 1978).

Obiols 1989 “la Esquizofrenia es un trastorno básico de la estructura y fisiología cerebral que repercute en los procesos emocionales y cognitivos (psicológicos) del enfermo como en su integración social... Según los estudios del Epidemiologic Catchment Área (ECA) Reigier y Cols 1984 y de la OMS 1990, se estima que aproximadamente veinte millones de personas en el mundo sufren de Esquizofrenia, con un 1% de prevalencia.” (Virginia Otero).

Sartorius (1995) indica que las personas con un diagnóstico de esquizofrenia suelen presentar una aglomeración de penurias en todas las esferas de su vida, como por ejemplo su funcionamiento psicosocial y su intervención en la comunidad, lo que ha obligado a modificar los marcos de intervención más tradicionales. (Robles).

Crterios Diagnósticos

Se han realizado diversas clasificaciones y manuales diagnósticos - Clasificación Internacional de enfermedad CIE-10 (OMS) 1992 - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSMIV 1994, realizan un esfuerzo para crear una definición operativa y consensuada de la Esquizofrenia y alcanza un nivel aceptable de fiabilidad diagnóstica.

La CIE-10 propone que los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por la presencia de distorsiones fundamentales y típicas de la percepción del pensamiento y de las emociones (embotamiento falta de adecuación). Suele conservarse la claridad de conciencia y la capacidad intelectual, con el tiempo suelen presentarse déficits cognitivos. Para el diagnóstico de Esquizofrenia se requiere que el individuo presente al menos un síntoma evidente de cualquiera de los grupos (e-h) de la sección 2, presentes de forma clara la mayor parte del tiempo y durante un periodo de un mes o más.

El DSMIV no solo considera los síntomas más defintorios de la esquizofrenia, sino aspectos importantes del trastorno como la duración que requiere la presencia de estos síntomas, la inclusión de síntomas prodrómicos y residuales, o cual ha de ser el tiempo total de duración del cuadro para establecer el diagnóstico definitivo.

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):
1. Ideas delirantes. 2. Alucinaciones. 3. Lenguaje desorganizado (ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia). 4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. 5. Síntomas negativos (ej., aplanamiento afectivo, alogia, abulia)

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración

pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos de ánimo esquizoafectivo

E. Exclusión de causa orgánica o consumo de sustancias.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Según el criterio diagnóstico utilizado (cada uno requiere una mínima duración) un paciente puede padecer esquizofrenia para un modelo y no para otro, lo que obliga, en todo momento, a indicar la clasificación utilizada. Para establecer las líneas generales del manejo de la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente se consideran en primer lugar el diagnóstico y la evaluación pertinente. En segundo lugar, se desarrollan los aspectos generales del manejo psiquiátrico y sus componentes, como son la alianza terapéutica, la monitorización, la provisión de cuidados y la elección del ámbito de tratamiento. (GPC SNS)

Las Formas Clínicas de la Esquizofrenia

Henri-Ey plantea que la esquizofrenia tiene distintas formas clínicas teniendo en cuenta la gravedad: en primer lugar, caracterizamos a la Hebefrenia que comienza precozmente sobre los doce o trece años de edad, de manera insidiosa y progresiva, es la forma que evoluciona más rápidamente hacia el deterioro, se produce una desestructuración al grado máximo. La hebefrenocatatonía se caracteriza por la predominancia de trastornos psicomotrices, pérdida de la iniciativa motriz, tensión muscular, catalepsia, estereotipias, fenómenos parasintéticos, negativismo; y trastornos mentales con fondo de estupor catatónico (estado de inercia, inmovilidad, sobrevienen bruscos brotes de agitación y de impulsividad), la agitación catatónica (se dan al grado máximo violencia verbal, de gestualidad y expresiones teatrales). Las formas menores son, la Esquizofrenia Simple, su forma de comienzo es más insidiosa, el paciente va retrayéndose en forma lenta y progresiva, el sujeto no tiene mucho delirio, se ve una clara disminución de los pragmatismos, encerramiento en sí mismo, desintegración, desinterés, fatiga, depresión, predominando entonces los aspectos negativos. La Esquizoneurosis se caracteriza por crisis, fondo neurótico y lo psicótico irrumpe por accesos o brotes, predomina la ensoñación imaginaria y el enfado negativista en estas crisis “esquizomaniacas”.

Para el DSM IV las formas clínicas son, - Residual, - indiferenciada, - Paranoide, - Catatónica, - Esquizofrenia desorganizada (Heberfrenocatatonica). En la Esquizofrenia Paranoide, por el contrario, predomina el delirio paranoide, tiene un mecanismo alucinatorio con elementos intuitivos, imaginativos e interpretativos con pobre sistematización. Es de mejor pronóstico, ya que el deterioro es más lento y el delirio lo mantiene con un cierto contacto con el mundo. Por último la Esquizofrenia Catatónica, en la cual el paciente puede estar horas en la misma posición, presentan plasticidad cérea, podría pensarse como una ambivalencia a nivel neuromuscular, negativismo, rechazo a todo vínculo con el exterior, oposicionismo, impulsividad catatónica, crisis de gran agitación psicomotriz, etc. Para la CIE 10 las formas serian, - Residual, -Paranoide, - Indiferenciada, -Catatónica, -Heberfrénica, - Simple, - Depresión Post Esquizofrenia.

Comprensión psicodinámica de la Esquizofrenia

Comprensión psicodinámica de la esquizofrenia: Una de las características importantes en las discusiones acerca de las teorías de la esquizofrenia es la controversia en el conflicto vs déficit. Glen O. Gabbard en su obra "Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica", cita a varios autores que plantean diferentes teorías sobre la etiología de la esquizofrenia y la patogénesis. Comenzando por Harry Stack Sullivan quien plantea; "La etiología del trastorno era resultado de dificultades interpersonales tempranas (particularmente en la relación niño-progenitor). El tratamiento visto como un proceso interpersonal a largo plazo que intentaba llegar a aquellos problemas tempranos". Haciendo referencia a lo anteriormente mencionado concluye que la maternidad defectuosa produce un self cargado de ansiedad en el niño, impidiéndole a este tener sus necesidades satisfechas. Esta experiencia en el self era disociada, por el daño profundo a la autoestima. Entonces desde el punto de vista de Sullivan, el inicio de la enfermedad esquizofrénica era un resurgimiento del self disociado, conduciendo así a un estado de pánico y entonces a la desorganización psicótica.

Investigaciones recientes realizadas por Freedman y Col en 1996 sobre la interface entre lo neurobiológico y lo psicológico sugieren que "las pérdidas regionalmente difusas de la barrera sensorial normal en el sistema nervioso central pueden ser características de la esquizofrenia. Los pacientes encuentran dificultades para descartar estímulos irrelevantes y sienten una sensación crónica de sobre descarga sensorial".

Entre otras teorías se encuentra Kendler y Eaves (1986) quienes postularon; "Los genes controlan el grado en que un individuo es sensible a las predisposiciones del ambiente, aspectos de riesgo aumentado vs. Aspectos protectores y riesgo disminuido." (p. 188). Esta

teoría de control genético de la sensibilidad al ambiente fue sostenida por un estudio Finlandés, llegando a la conclusión que una experiencia positiva de crianza puede proteger a individuos de alto riesgo contra un futuro desarrollo de la enfermedad.

Gabbard sostiene que la literatura psicodinámica de la esquizofrenia está focalizada en las consideraciones de tratamiento y su comprensión, es relevante para el mismo independientemente de su etiología. A través de todas estas teorías psicodinámicas corren ciertos hilos comunes en el abordaje clínico del paciente. Por ejemplo los síntomas psicóticos tienen significado, los delirios de grandeza o las alucinaciones florecen de una herida a la autoestima del paciente esquizofrénico, a través de una herida narcisista del paciente, el contenido grandioso del pensamiento o percepción es el esfuerzo que el mismo hace para contrarrestar la herida narcisista. Un segundo hilo común es la relación humana, que para estos pacientes está cargada de terror. Las intensas ansiedades que implican el contacto con los demás, son percibidas aun cuando la etiología no se pueda explicar totalmente. Las inquietudes que el paciente tiene acerca de la integridad de los propios límites del yo y el temor de fusión con los otros, constituyen un conflicto continuo, que por lo general se solventa con el aislamiento. Es por esta razón que la relación de tratamiento representa un desafío para que el paciente pueda confiar en que, comenzar a relacionarse con los otros no será catastrófico. Finalmente, un tercer hilo común se encuentra conformado por la convicción de todos los autores orientados psicodinamicamente, de que la relación terapéutica puede mejorar esencialmente la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos enfermos en sus relaciones.

Gabbard alude en su obra "Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica" (2002) a la importancia de los factores genéticos en el desarrollo de la esquizofrenia a su vez dice que hay factores del ambiente que están implicados en el desarrollo de la esquizofrenia, aunque no existe aún un consenso sobre la naturaleza exacta de los mismos. Entre los posibles factores figuran: infección viral durante la gestación, problemas de irrigación sanguínea intrauterina, lesiones en el parto, fallas en el desarrollo, factores de la dieta y ciertos tipos de traumas en la infancia. La esquizofrenia es una enfermedad que le sucede a un individuo con un perfil psicológico único, estaríamos hablando de una persona dinámicamente compleja que reacciona a una enfermedad intensamente perturbadora. Decimos entonces que la predisposición genética a la esquizofrenia es segura pero muy compleja, interponiéndose a su vez de forma variable los factores ambientales y el tiempo, período en que los factores ambientales comenzarían a actuar sobre los heredogenéticos.

El psiquiatra Vicente Pardo menciona en las jornadas dictadas por el centro Sur Palermo en Montevideo (2012), que "no se vuelve esquizofrénico quien quiere, sino quien puede con una predisposición a la enfermedad". Hay una falla en el mecanismo defensivo de

la represión, dando lugar a mecanismos primitivos, como por ejemplo la identificación proyectiva masiva, la negación, etc. Los límites entre el yo y el exterior no son claros, la persona siente miedo de poder hacer daño, teme perder la razón y el sentido de la propiedad de su vida. Es muy exigente consigo mismo, no puede afrontar el fracaso, generándose mucho dolor subjetivo a causa de la característica angustia, y ansiedad psicótica. Su aparato psíquico actual no le permite ordenar las experiencias de angustia, no pudiendo manejar la ansiedad, hay un alto grado de intensidad, sensación de desamparo y dolor; volviendo a conductas primitivas.

Experimentando una sensación Como expresa el Psic. Ignacio Porras en el seminario de profundización en rehabilitación psicosocial de la facultad de psicología, “como de una explosión mental, estallido, desarme y pérdida de la corporalidad”. Sumado a lo anteriormente mencionado el paciente psicótico tiene una vulnerabilidad mayor, estrés incontenible, agotamiento de la capacidad de respuesta a determinada situación con una extremada saturación y desestructuración de la consciencia. El sujeto que tenía una vida normal tiene un corte existencial y deja de ser la misma persona, cambia su forma de existir, “es pero no es”.

En palabras de un paciente esquizofrénico en un video visto en un seminario de profundización sobre Rehabilitación Psicosocial de la Facultad de Psicología; “tener esquizofrenia es como que te corten la cabeza”. Generalmente no hay conciencia de enfermedad, no son pacientes que consulten usualmente sino que por el contrario son llevados por un familiar o institución.

Citando a Gabbard una organización útil de la sintomatología descriptiva del trastorno es una división en tres grupos: 1 síntomas negativos, 2 síntomas positivos, 3 desordenes en las relaciones interpersonales:

Dentro de los síntomas negativos se encuentra el síndrome fundamental del período de estado “Síndrome de discordancia” da cuenta de los aspectos negativos de la esquizofrenia, compuesto por cuatro elementos o síntomas tales como; impenetrabilidad, da cuenta de la incoherencia del mundo de relaciones y hermetismo en las conductas o proyectos de estos pacientes, esto es observado fundamentalmente en su discurso, afectividad y conductas, como también en su delirio impenetrable, oscuro, difícil de entender y mal sistematizado. Otro de los síntomas es el desapego, tiene que ver con el retraimiento del enfermo hacia el interior de sí mismo, lo vemos en la esfera del humor, la persona no tiene una vibración afectiva, predominando la abulia, anhedonia, apatía, no aparecen ganas, emociones fuertes, es un estado de fondo. La extravagancia seria otro síntoma que resulta de la distorsión de la vida psíquica, se puede ver en el lenguaje, forma de hablar abstracta, neologismos, paralogismos, etc. Puede aparecer también en la conducta, en la postura corporal, el paciente puede hacer cosas raras, inesperadas, vestirse extrañamente. Por último

la ambivalencia como síntoma consiste en la experiencia de dos sentimientos, expresiones o actos contradictorios. Los dos términos opuestos son vividos conjunta y separadamente al mismo tiempo.

Los síntomas positivos incluyen alteraciones en el contenido del pensamiento (delirios), trastornos de la percepción (alucinaciones), y manifestaciones conductuales (catatonía y la agitación; que se despliegan en un corto tiempo y por lo general acompañan en un episodio psicótico agudo. Dichos síntomas son designados como floridos de la enfermedad, constituyendo una presencia innegable. Se reúnen en el “síndrome de automatismo mental”, donde se ponen de manifiesto la irrupción del delirio en la vida de la persona, presentando pseudo alucinaciones, vivencia de influencia y extrañeza, ideas delirantes, se borra el límite entre el yo y el no yo, el aparato psíquico empieza a desmoronarse. Es aquí donde la medicación anti psicótica es imprescindible, ya que combate el trastorno asociativo y los síntomas accesorios (AAV, Delirios, síndromes agudos).

La Clozapina es uno de los fármacos más eficaces para “combatir” la esquizofrenia, junto con una dieta adecuada, ejercicios físicos, entrenamiento psicosocial y una familia educada (Jornadas de capacitación sobre psicosis 2012). Es probable que no más del 10% de los pacientes esquizofrénicos puedan funcionar de manera exitosa con un abordaje terapéutico que comprenda únicamente la medicación anti psicótica y la hospitalización breve. El 90% restante puede beneficiarse con abordajes terapéuticos, incluyendo fármaco terapia dinámica, terapia individual, terapia grupal, abordajes familiares, y entrenamiento de habilidades, como los ingredientes cruciales del manejo exitoso de su esquizofrenia. Todas las intervenciones terapéuticas deben ser confeccionadas en función de las necesidades únicas del paciente individual. Pacientes en los que predomina un cuadro con síntomas negativos presentan características que sugieren anomalías en la estructura cerebral, incluyendo pobre adaptación pre mórbida, bajo rendimiento escolar, grandes dificultades para mantener los empleos, pobre desempeño en las pruebas cognitivas, pobre respuesta al tratamiento.

Los desórdenes en las relaciones interpersonales tienden a desarrollarse a lo largo de un periodo prolongado, las dificultades interpersonales son tan variadas como los tipos de personalidades humanas. Las manifestaciones principales de los desórdenes de las relaciones incluyen retraimiento, expresiones inapropiadas de agresión y sexualidad, pérdida de las percepciones de las necesidades de los otros, excesiva demanda y dificultad para establecer contactos significativos con otras personas. Estas tres categorías se superponen extensamente y un paciente esquizofrénico puede moverse de un grupo a otro durante el curso de su enfermedad

En la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave del SNS se enuncia que el inicio de la esquizofrenia se puede producir durante la adolescencia e incluso en la infancia o al entrar en la edad adulta. Afecta de forma similar a ambos sexos. Dicho inicio puede producirse de forma aguda o bien presentarse de forma insidiosa, de forma lenta con predominio de síntomas negativos (apatía, anhedonia, aplanamiento afectivo) o de forma brusca y aguda con predominio de síntomas positivos (ideas delirantes, alucinaciones, trastornos de pensamiento). El curso de la enfermedad es de gran variabilidad y no inevitablemente crónico y deteriorante, pudiendo o no evolucionar hacia una recuperación completa o casi completa.

Recurriendo a la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave del SNS nos habla acerca de que este trastorno, que a menudo es de tipo crónico, puede caracterizarse mediante tres fases que se fusionan unas con otras sin que existan unos límites claros y absolutos entre ellas.

- Fase aguda (o crisis). Durante esta fase, los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado; y, generalmente, no son capaces de cuidar de sí mismos de forma apropiada. Con frecuencia, los síntomas negativos pasan a ser también más intensos.
- Fase de estabilización (o postcrisis). Durante esta fase, se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de seis meses o más tras el inicio de un episodio agudo (o crisis).
- Fase estable (o de mantenimiento). La sintomatología puede haber desaparecido o es relativamente estable y, en el caso de que persista, casi siempre es menos grave que en la fase aguda. Unos pacientes pueden mantenerse asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio. Cuando persisten los síntomas negativos (déficits) y/o positivos, como delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento, a menudo están presentes en formas atenuadas no psicóticas (por ejemplo, ilusiones en vez de alucinaciones o ideas sobrevaloradas en vez de delirios).

En general las personas con esquizofrenia presentan en menor o mayor medida déficit en algunas o varias áreas: -Auto cuidado: presentando falta de higiene personal, mal manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc.) -Autocontrol: Reflejado en la incapacidad de manejo de situaciones de stress y falta de competencia personal. -Relaciones interpersonales: Falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales y déficit en habilidades sociales. -Ocio y tiempo libre: Claro aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, de disfrutar, falta de motivación e interés. -Funcionamiento cognitivo: Dificultades de atención,

percepción, concentración, y procesamiento de la información. Estas discapacidades generan problemas para el buen desempeño de roles sociales, originan un riesgo de desventaja social y marginación. Por esta razón es imprescindible identificar y delimitar la población que sufre patologías graves e incapacitantes. Considerando criterios diagnósticos, variables clínicas, curso evolutivo y la repercusión sobre la funcionalidad y el ajuste social de estas personas. (Asociación Española de Neuropsiquiatría).

4.4 Rehabilitación Psicosocial

Definiciones

Rene de Catillo define que, “la Rehabilitación puede definirse como un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad. Se encuentran entre sus objetivos específicos: la prevención primaria, secundaria y terciaria, dirigido a las Personas con Trastornos Mentales Severos y Persistentes”. (Comisión Intercentros de Rehabilitación Psicosocial del Uruguay, 2005).

Si hablamos de mejorar la calidad de vida de los usuarios cabe destacar que la Asociación Española de Neuropsiquiatría pone énfasis también en ello, definiendo a la Rehabilitación Psicosocial como un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que complementan a las intervenciones farmacológicas y de manejo de los síntomas, se orientan fundamentalmente a la mejora del funcionamiento personal y social, de la calidad de vida, mejora de la autonomía y el funcionamiento de la persona en su entorno y al apoyo a la integración comunitaria de las personas afectadas de esquizofrenia, así como de otras enfermedades mentales graves y crónicas.

Abelardo Rodríguez (2002) afirma que la rehabilitación es un “proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible.” (p.11)

La guía práctica de intervenciones psicosociales SNS (2009) señala que “Las intervenciones psicosociales engloban una serie de medidas encaminadas a minimizar la vulnerabilidad del paciente ante las situaciones de estrés, facilitar los procesos de recuperación, reforzar su adaptación y funcionamiento familiar, social y formativo laboral, así como a aumentar sus recursos para hacer frente a los conflictos, problemas y tensiones interpersonales” (p.47)

Florit Robles en su artículo cita a varios autores como, Muesser, Liberman y Glynn, 1990; Tomaras, Vlachonikolis, Stefanis y cols., 1998; donde los mismos explican que Las intervenciones psicosociales pretenden reducir el impacto que tienen en la vida del sujeto tanto de los síntomas negativos de la esquizofrenia como de los positivos, aumentar el conocimiento sobre el trastorno que pueda tener el propio sujeto y su familia, así como favorecer la adhesión al tratamiento farmacológico, prevenir recaídas, mejorar las habilidades sociales y la propia red social del paciente, proporcionar estrategias de afrontamiento del estrés en los enfermos y sus familiares, etc.

(Gabbard.2002) Los síntomas negativos no son tratables farmacológicamente sino que es necesaria la rehabilitación psicosocial y aquí es donde el psicólogo tiene un papel fundamental junto con un equipo de salud, disfrutando cada pequeño logro que el sujeto va realizando, generando en él una actitud de esperanza en el cambio. El terapeuta debe promover el acercamiento activo pero no invasor al paciente, haciendo énfasis en la mejoría del funcionamiento, planificando objetivos terapéuticos con gradualismo en sus metas sin sobrepasar el umbral de tolerancia del estrés del paciente. Por ejemplo, debe trabajar en el cuidado personal, la autonomía, el trabajo, el estudio, las tareas del hogar, la familia, la recreación, el tiempo libre y otras actividades de la vida cotidiana; posibilitando una autoconfiguración más saludable, flexible y dinámica. Lograr que la persona sea activa y adaptable a la realidad, generándose entonces un nuevo posicionamiento existencial ante la vida, un nuevo equilibrio con expectativas realistas y autoconsciencia de su trastorno y los cuidados necesarios y favorecer un incremento y mejoría en la calidad de vida deben ser algunos de sus objetivos. El cambio es posible hasta cierto punto debido a que cada paciente tiene sus propios límites; siempre debe cumplirse con el tratamiento farmacológico para mantener compensado al paciente, y las expectativas tienen que ser realistas y de acuerdo al tiempo de rehabilitación psicosocial, elaborando un proyecto terapéutico integral-individual, desde un modelo bio-psico-social, integrando y combinando recursos terapéuticos. Respetando siempre los derechos humanos. (Jornadas de capacitación sobre psicosis 2012).

Al igual que Gabbard LA (AEN) plantea que a pesar del buen control sintomatológico obtenido en muchos casos con el tratamiento farmacológico y psiquiátrico, muchas de las personas que sufren TMS mantienen déficit y discapacidades que dificultan su funcionamiento autónomo y su integración social. Los servicios y programas de rehabilitación psicosocial son esenciales para la adquisición y recuperación de habilidades necesarias para la vida normalizada en la comunidad; el apoyo flexible y continuado es necesario para favorecer una integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares. Los síntomas negativos y los déficits cognitivos son extremadamente importantes, tanto clínicamente como en términos de rehabilitación, pues afectan a la capacidad de trabajo, a las relaciones con los demás y a

los lazos emocionales, es decir, a la capacidad del paciente para desarrollar una vida en condiciones normales. (GPC). Tanto debemos ayudar a los pacientes con Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP) en las dificultades que se les presenta a la hora de relacionarse, trabajando junto con ellos los conflictos presentes en cuanto a confianza o desconfianza, con sus procesos de duelos reales y fantaseados, ayudarlos a desarrollar una identidad o self más segura, desplegando a su vez estrategias para contener las crisis y recaídas enfrentando así el temor ante ellas. Trabajar en conjunto con su micro grupo social, familiar (tizón)

Objetivos de la Rehabilitación

Cristina Gistber Aguilar en El cuaderno técnico “rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo”, 2003, señala que “El sentido de rehabilitar no es sólo recolocar en un nuevo lugar y con un tiempo ocupado, es hacer que esa persona sea de nuevo dueña de su vida, de sus proyectos, pero con un sentido realista, sabiendo cuáles son sus posibilidades” (p. 26)

La Asociación Española de neuropsiquiatría menciona que el fin primordial del tratamiento farmacológico es la mejora de la enfermedad, la disminución de síntomas, la estabilización psicopatológica; por contra, de lo que son en sí los objetivos fundamentales de la rehabilitación, los mismos apuntan a el funcionamiento de la persona en su entorno, el avance de sus capacidades sociales y personales, el sostén en cuanto al desempeño de los diferentes roles de la vida social y comunitaria, la mejora en suma de la calidad de vida de la persona afectada y de sus familias y el apoyo a su participación social en la comunidad de un modo lo más activo, normalizado e independiente que sea posible. “Tratamiento y rehabilitación psicosocial han de entenderse como dos modos de intervención con objetivos diferentes pero complementarios entre sí, como dos caras de una misma moneda.” (AEN)

La guía práctica hace referencia al marco asistencial que se debe ofrece a los pacientes dentro de un proceso de rehabilitación, el mismo debe cumplir una función terapéutica, por ende, debe estar orientado a fomentar el cambio en el funcionamiento mental, conductual y relacional, con el objetivo de promover la capacidad de vivir lo más saludablemente que sea que sea posible. (GPC)

En cuanto a la rehabilitación psicosocial, su propósito es facilitar los procesos de recuperación y prevenir el deterioro de la función social, laboral, educativa y familiar, así como fomentar estas capacidades sociales al máximo. Según la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la rehabilitación psicosocial persigue los siguientes objetivos:

- Beneficiar y contribuir a la adquisición o recuperación del conjunto de habilidades, destrezas y aptitudes necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las

mejores condiciones de normalización y calidad de vida que sean posibles.

- Promover la integración social dentro de la comunidad, apoyando y fomentando un funcionamiento lo más autónomo, integrado e independiente así como el desempeño de roles sociales.
- Procurar el seguimiento, sostén y ayuda social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso.
- Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginalidad y/o institucionalización.
- Brindar apoyo y asesorar a las familias de las personas con esquizofrenia, con el objetivo de motivar su competencia en el manejo de las dificultades que se les plantean e incidir positivamente en el proceso de rehabilitación y ajuste social de sus familiares con problemas psiquiátricos

Robles. F en La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica (2006) cita a el autor Rodríguez, el cual enuncia que el objetivo de la rehabilitación es “ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad mejorando así su funcionamiento psicosocial, de modo que pueda mantenerse en su entorno natural y social en unas condiciones de vida lo más normalizadas e independientes posibles”. (p. 228)

Rodríguez. A (2002) señala que la rehabilitación tiene como objetivo ayudar al enfermo mental crónico a superar o compensar las dificultades psicosociales, recuperando su dignidad como ciudadano y persona; contribuyendo a que el mismo logre de modo autónomo desarrollar su vida cotidiana en la comunidad, logrando responder a las distintas exigencias que supone vivir, trabajar y relacionarse con los demás.

Fases de la rehabilitación

Para Florit Robles en “La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica” describe diferentes fases que se dan en lo que es el proceso de la Rehabilitación Psicosocial. Éstas no deben ser consideradas como estadios lineales, debido a que en ocasiones se superponen o hay que ir de adelante a atrás en el proceso e inclusive saltar alguna de las fases. Las mismas son la acogida, evaluación, establecimiento de un plan individualizado de rehabilitación, intervención propiamente dicha y seguimiento.

- Fase de Acogida: la persona suele enfrentarse a una situación novedosa y por tanto generadora de estrés, cuando comienza un proceso de rehabilitación psicosocial. Es muy variable el tiempo que debe durar dicha fase, debido a la situación de cada persona. No existe una única forma de efectuar la acogida debiendo flexibilizarse en función de las siguientes variables:
 - De acuerdo al grado de voluntad del sujeto y su creencia en la eficacia de emprender dicho proceso de rehabilitación.
 - Según la capacidad cognitiva para entender una situación novedosa y sus implicaciones, así como la capacidad legal de la persona.
 - Nivel de implicación de su familia y entorno específicamente.
 - Grado de gravedad y cronicidad de la enfermedad.
 - Nivel de autonomía en la vida diaria. En este ítem es pertinente citar lo descrito en la guía práctica clínica (2009), la misma divide las actividades de la vida diaria (AVD) en dos modalidades; las básicas (orientadas hacia los cuidados del propio cuerpo: higiene personal, alimentación, vestido, movilidad funcional, cuidado de ayudas técnicas, descanso y sueño); y las instrumentales (orientadas hacia la interacción con el medio: cuidado de otras personas o de animales, uso de sistemas de comunicación, movilidad en la comunidad, administración financiera, mantenimiento y cuidado de la salud, mantenimiento y limpieza del hogar, preparación de la comida, hacer la compra, procedimientos de seguridad y respuestas de emergencia)
 - Aprobación de las relaciones sociales y acercamiento con otras personas con enfermedad mental grave y crónica.

Con lo antes dicho lo que se busca es que al que final del proceso el sujeto y su familia comprendan qué se pretende, tratando así que sus expectativas se ajusten en cuanto a, qué se puede solicitar al proceso de rehabilitación y qué aspectos no dependen directamente de éste, lográndose de este modo cierto compromiso y motivación por parte de la persona con enfermedad mental, iniciando el control desde el individuo sobre su propio proceso de rehabilitación. Por parte del recurso rehabilitador, se procura conocer las necesidades iniciales, así como comenzar con la individualización y adaptación de la evaluación a dichas necesidades, y recursos de la persona y de su entorno. Siendo necesario conocer de antemano la historia del tratamiento de la persona. En este momento se inicia la necesaria coordinación interinstitucional (Florit, Fernández y Morante, 1998).

- Fase de Evaluación: Luego que se logra el compromiso, un cierto nivel de motivación hacia su proceso rehabilitador y alcanzada la adaptación del recurso a las

necesidades del usuario, se da comienzo a la fase de evaluación. Aunque éste proceso se realice de forma interdisciplinar por todo el equipo, un profesional debe ser quien guíe dicha evaluación y quien se responsabilice de todo el proceso. El instrumento más adecuado sería la observación natural y la entrevista semiestructurada, completando la información así a través de la implementación de pruebas conductuales, cuestionarios y tests validados; ya que son útiles para comparar intervenciones o servicios así como para valorar y profundizar en áreas muy concretas del funcionamiento de la persona o de su entorno. Siendo al mismo tiempo de gran importancia recoger datos de diversas fuentes (el propio usuario, distintos familiares y profesionales, etc.) así como en múltiples contextos. El protocolo de evaluación dependerá del tipo de servicio que se trate: residencial, laboral, psicosocial o de soporte. Es fundamental en abordajes interdisciplinarios que los/las profesionales coordinen las áreas a evaluar y quienes lo harán para evitar duplicidades.

Posibles áreas a valorar:

- a- Objetivos de la derivación y expectativas del usuario/a y su familia respecto al centro (se le agregará a la información ya recabada en fase anterior)
- b- Datos biográficos y clínicos en los que se incluye: antecedentes psiquiátricos familiares, rendimiento en escolarización, en el trabajo, con la pareja o relaciones interpersonales etc. y en cada una de ellas cómo fue el ajuste personal y social, inicio de la enfermedad (primer brote esquizofrénico), la edad de inicio y circunstancias precipitantes, respuesta de la familia y del entorno, evolución de la enfermedad, cantidad de ingresos y gravedad.
- c- Aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento: enfermedad actual, su sintomatología positiva y negativa, pautas farmacológicas. Conciencia de enfermedad, factores de riesgo y protección en crisis, manejo de recursos sanitarios, tratamiento farmacológico,
- d- Área de competencia personal, afrontamiento y el manejo de los estados emocionales: se evalúan 3 grandes estados: ansiedad, disforia e ira. Así como también evaluar su autocontrol y también ver si tiene una autoestima adecuada que sirva de apoyo al tratamiento.
- e- Funcionamiento cognitivo: funcionamiento diario, teniendo en cuenta la memoria, atención, orientación temporo-espacial y otras capacidades como la escritura y escritura.
- f- Actividades de la vida diaria y de auto- mantenimiento: Higiene personal y vestido, hábitos de salud, comunicación funcional (el manejo de instrumentos para la

comunicación como el ordenador, Internet, teléfonos, etc.), e integración comunitaria (capacidad del individuo para usar los diferentes recursos comunitarios existentes en su zona, el manejo del transporte y muy especialmente el administración de su dinero.

- g- Actividades Productivas: -manejo del hogar se busca ver la percepción de necesidad del sujeto a la hora de desempeñar tareas domésticas y qué grado de autonomía posee, también se deberá evaluar la capacidad para prevenir accidentes domésticos. El cuidado el otro, es necesario indagar la orientación sociocultural para saber el nivel de conocimientos que tiene sobre temas de actualidad y motivación para estar informado/a.
 - h- Actividades de ocio y tiempo libre: son necesarias de ser indagadas ya que nos remiten a sus intereses pasados, presentes y futuros. Es necesario recabar información sobre actividades individuales y grupales, frecuencia de dichas actividades, dónde las realiza, el grado de gratificación, etc.
 - i- La psicomotricidad: evaluar su esquema corporal funcional, motricidad, orientación espacio-temporal, etc.
 - j- Área social donde se valorarán los siguientes aspectos: la competencia social entendiéndose todo el análisis de la conducta social, la capacidad para interpretar y analizar diferentes situaciones sociales, cómo se comunica, el manejo emocional, etc. Se busca en esta área poder visualizar la red social con la que cuenta el sujeto y la calidad de la misma. El núcleo familiar es de gran importancia ya que se analizará el estilo comunicacional y relacional, la capacidad para resolver conflictos, toma de decisiones, cómo y cuánto saben del diagnóstico y cómo se llevan con esa realidad, qué grado de implicancia tienen, etc.
- Fase de establecimiento del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR): La evaluación permite identificar no solo el déficit que habrá que disminuir, sino también aquellas fortalezas en las que se puede basar la intervención futura. Con todo ello se fijan los objetivos de la intervención, los cuales han de consensuarse con el usuario y, si es posible y procede, con la familia. Un buen plan de rehabilitación debe contemplar las siguientes partes: objetivos propuestos, metodología a seguir, profesionales responsables del seguimiento de cada uno de los objetivos y temporalización.

En relación a lo antes dicho es pertinente citar lo definido en la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico sobre la elaboración de un plan de tratamiento para un paciente con esquizofrenia o trastorno psicótico incipiente donde habría que tener en

presente cuestiones longitudinales, como el curso clínico y la frecuencia, gravedad, tratamientos y consecuencias de los episodios anteriores y cuestiones transversales, por ejemplo, el estado clínico actual. Se debe intentar involucrar en el plan de tratamiento al paciente y a la familia en una colaboración activa, mediante un planteamiento integrado de las intervenciones farmacológicas y de las intervenciones psicosociales apropiadas. Luego que se ha evaluado el diagnóstico y las circunstancias clínicas y psicosociales del paciente, hay que desarrollar y aplicar un plan de tratamiento específico. Este proceso implica elegir las modalidades terapéuticas, el tipo de tratamiento/os específicos y su contexto. En relación a la gravedad de la situación clínica y debido a que en ocasiones la información sobre los antecedentes del paciente y la evaluación clínica se obtienen de forma progresiva, es posible que el proceso deba repetirse y modificarse mientras dure la relación entre el paciente y el médico. “Trabajar con los pacientes para que aprendan a reconocer los síntomas precoces de la recaída evita una agudización completa de la enfermedad. Informar a la familia acerca de las características de la enfermedad y enseñarles estrategias para afrontarla puede reducir las recaídas y aumentar de forma notable la calidad de vida del paciente.”

- *Fase de intervención:* Varía entre un sujeto y otro de manera muy significativa en cuanto al proceso a seguir, su duración y en función del Plan Individualizado de Rehabilitación que se ha fijado. Un profesional de referencia debe acompañar al usuario durante toda esta fase, manteniéndolo implicado e informado en su proceso terapéutico, no dejando de lado el Plan Individualizado de Rehabilitación fijado con él. El equipo rehabilitador jamás debe perder de vista el fin, el cual es mejorar la calidad de vida del sujeto, por ende debe ser altamente creativo en el tipo de intervenciones que se ofertan a cada individuo, alejándose de programas altamente estructurados o paquetes de intervención predefinidos y listos para ser usados. Esta fase se asienta en cuatro pilares que son las tutorías, apoyo familiar, programas de rehabilitación y programas abiertos.
- *Fase de seguimiento:* Es la última fase del proceso una vez cumplido los objetivos. Es el momento de prepararse para comenzar el “desenganche” nos dice A Florit- Robles con el centro y los profesionales. Debe ser cuidadosamente planificado por los efectos que podría causar en los usuarios/as. Es fundamental la búsqueda de la mayor autonomía de la persona y no la dependencia de por vida en estos programas de rehabilitación. Es un desafío para cualquier usuario/a pero no siempre es posible lograrlo por tanto a veces se hace necesario la asistencia a centros diurnos o programas abiertos, etc.

Capital humano: profesionales y su labor en la comunidad terapéutica

“Cualquier organización está formada por un conjunto de personas que, utilizando medios y recursos de muy distinto tipo, van a realizar una serie de actividades dirigidas a conseguir un objetivo común” (Pereda y Berrocal, 2001). (Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial 2007 (p. 119)

El modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial Madrileño (2007) afirma que el principal recurso en rehabilitación psicosocial son las personas, entre estas los profesionales, encargados de activar los recursos necesarios para efectuar los objetivos de integración, normalización y mejora de la calidad de vida. A su vez, es necesario contar con un conjunto de recursos materiales que faciliten las tareas a desarrollarse, posibilitando también actuaciones potentes como forma de aumentar la eficiencia de la intervención. (p. 119)

En la Guía Práctica (2009) “Se recomienda que las intervenciones psicosociales sean llevadas a cabo por profesionales que tengan formación específica, experiencia suficiente, cualificación (apoyada por supervisión y acompañamiento técnico), así como disponibilidad y constancia para poder mantener un vínculo a largo plazo. Se recomienda implantar en los planes de tratamiento intervenciones psicoeducativas para pacientes y familiares de forma habitual, graduar la transmisión de información en función de las necesidades e inquietudes del paciente y su familia y de la fase de evolución del trastorno en que se encuentre el paciente.”

Para una óptima intervención de los profesionales de salud mental en una comunidad con usuarios que presentan trastornos mentales severos y persistentes, la Asociación Española de Neuropsiquiatría plantea que es necesario articular un sistema de recursos y servicios comunitarios competentes enfocados hacia una atención adecuada e integral. Para ayudar a las personas con TMS en el desarrollo de sus potencialidades, en la cobertura de sus diferentes necesidades, a mantenerse y funcionar en la comunidad del modo más integrado y autónomo posible, evitando que los mismos sean innecesariamente aislados o excluidos de la comunidad es preciso promover y organizar en el ámbito local una red coordinada de servicios, recursos y programas. Para ello son necesarios profesionales comprometidos activamente, que cuenten con la motivación precisa y el estilo de atención flexible que demandan procesos tan complejos y dificultosos como los de rehabilitación, siempre manteniendo una actitud de respeto al enfermo mental como ciudadano de pleno derecho y una confianza o unas expectativas positivas en sus posibilidades y potencialidades

de mejora y de integración. Por ende los profesionales son una pieza clave en el proceso de rehabilitación.

Marta Rosillo Herrero (2012) expone que es necesario contar con profesionales con actitud asistencial afirmada en valores, teniendo como elemento primordial el respeto al otro. Describe cuatro valores clave que sostienen el proceso de recuperación, el primero es el de orientación hacia la persona, el cual apunta a ver la persona en su totalidad, no solo el problema, otro valor se asienta en el implicar a la persona en su proceso terapéutico y de cambio, fomentando así la toma de responsabilidades, el sentido de empoderamiento y de identidad propia; la autodeterminación como un tercer valor, donde se colabora y ayuda a la persona a retomar el significado de su vida; por último la esperanza, valor que busca que el usuario asuma el control sobre su propia vida, reconociendo y potenciando los cambios positivos. Una de las prioridades principales es brindar el apoyo necesario para que las personas logren recuperar sus vidas y desarrollar al máximo sus propias capacidades como individuos y como ciudadanos y ciudadanas.

Antes de finalizar con lo que concierne al labor de los profesionales en el proceso de rehabilitación es fundamental poder dar cuenta del rol del psicólogo en dicho proceso, tal como lo describe el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte (Madrid 2007) en el documento “modelo de centro de rehabilitación psicosocial”, el psicólogo tiene como responsabilidad el evaluar, diseñar los planes individualizados de rehabilitación, llevando a cabo la intervención no solo en el centro sino que también en el ambiente natural del usuario, tutorizar a los usuarios derivados, es el responsable y encargado del diseño, desarrollo y de que se lleven a cabo los diversos programas, talleres y actividades de entrenamiento, evaluando los diferentes programas de intervención, debe desarrollar también proyectos de investigación y docencia sobre aspectos relacionados con la rehabilitación psicosocial, concurrir a las reuniones de coordinación con los distintos servicios de salud mental, una vez que se lograron alcanzar los objetivo tiene como tarea el supervisar el seguimiento y establecer el momento del alta, etc.

De Castillo directora del centro de rehabilitación psicosocial Sur Palermo en la entrevista realizada expresa, “el psicólogo dentro de una comunidad terapéutica, donde se trabaja en conjunto con un equipo interdisciplinario con distintas profesiones, uno puede aportar su mirada, desempeñando roles múltiples desde la coordinación de grupos, talleres como por ejemplo de plástica, entre otros. Sos como un técnico “multifuncional”, aportando a su vez desde la creatividad. Siempre teniendo en cuenta a la persona desde la singularidad más allá del trabajo grupal, cada persona es única y diferente, lo que probaste en uno no sirve para otro; si sirve para acumular experiencia y enriquecimiento personal.”

La importancia del dispositivo grupal en Rehabilitación

Los tratamientos psicoterapéuticos y las intervenciones rehabilitadoras, pueden desarrollarse tanto a nivel individual como a nivel grupal. Se deberán tener en cuenta el estado y las características del paciente, sus preferencias y los recursos con los cuales disponen los profesionales y el equipo; para seleccionar que tipo de abordaje sería el más pertinente y eficaz. “Los abordajes grupales ofrecen a los pacientes un lugar de intercambio que facilita la libre expresión oral y favorece que puedan hacerse cargo del propio sufrimiento y del de los otros participantes. Permite la instauración de identificaciones multifocales y de vínculos transferenciales con los terapeutas del grupo, vínculos compartidos con los otros miembros del grupo.” (Guía práctica)

Como dice (Lorenzo, 1993) en el libro espacio grupal para pacientes psicóticos en un Centro de Salud Mental, (Vallejo Jiménez 2006). El espacio grupal como aquel lugar facilitador en donde los pacientes esquizofrénicos puedan ser escuchados, permitiéndoles restaurar y rehacer lo fragmentado en la crisis psicótica.

Vallejo (2006) cita a (García Badaracco, 1990), el mismo postula que en el grupo se trata de facilitar las condiciones de desarrollo y crecimiento que han quedado ofuscados en el progreso de su personalidad.

Bauleo (1997) afirma que la crisis psicótica debe ser comprendida en relación con los demás (medio social, familia, entre otros), por tanto el grupo hace posible que la persona pueda pensar en esa crisis y que ha sucedido en sus relaciones vinculares.

Vallejo (2006) señala que el “grupo se constituye en un espacio privilegiado para poder observar e intervenir sobre estas características de la relación de objeto, en un aquí y ahora, con otros que constituyen el mundo externo objetal” (p.333). Espacio asistencial que permite un proceso de identificación, desarrollo, crecimiento y autonomía, facilitando la maduración e individuación de los usuarios; donde no solo hay cabida para los síntomas, los fármacos o los ingresos. Lugar donde la persona por momentos logra salir de la soledad en la que está inmersa, no solo por la dificultad que tiene para comunicarse con un medio que no comprende sus experiencias, que tiende a segregarlo, que le teme; sino que también por su tendencia a aislarse y su intensa sensibilidad a ser rechazado por los otros.

Siguiendo con lo postulado por Vallejo en espacio grupal para pacientes psicóticos en un Centro de Salud Mental (2006), para que el grupo tenga cierta estabilidad es necesario un encuadre como elemento fundamental en la psicoterapia grupal, que incluya en si parámetros de espacio, tiempo, rol y tarea. *El espacio* debe ser un elemento estable permitiéndole así a los integrantes apropiarse del espacio grupal, aquí se irán desplegando diversos momentos resistenciales, de ausencias, interrupciones, llegadas tardes, salidas a fumar, entre otros,

pasando luego a un cambio de conducta, de ser sujetos pasivos, a sujetos activos de su propio proceso de rehabilitación. Poco a poco el espacio grupal va cobrando forma y transformándose en un lugar donde pueden manifestar la angustia, el dolor y el sufrimiento, sintiéndose entendidos por los compañeros del grupo y los terapeutas coordinadores. El sentimiento de pertenencia y de apropiación de dicho espacio permite al sujeto ser el único protagonista de su propia historia. La *Tarea*, aquí se establece la finalidad u objetivo del grupo, no existe grupo sin tarea, siendo esta la que constituye al grupo. Cada uno de los miembros irán poniendo en juego sus diversas fantasías, trayendo expectativas de que sea el profesional u/o el equipo de trabajo quienes curen su enfermedad o tengan la explicación de lo que les pasa. Colocando al profesional como aquel que debe hacerse cargo de la tarea, situándose así como sujetos pasivos y dependientes. (Bion, 1987) dice que “la no respuesta inmediata por parte del terapeuta a estas expectativas dependientes e idealizadas genera ansiedad y cierta inseguridad.” El funcionamiento grupal posibilita la planificación de una tarea construida y compartida en un proceso lineal por dichos miembros. Se asume como tarea el poder hablar acerca de la enfermedad, de sus dificultades vinculares, de los diversos conflictos que se manifiestan en su vida cotidiana, así como también sobre sus nuevos proyectos vitales.

Por ultimo Vallejo (2006) afirma que “la psicoterapia de grupo es una modalidad terapéutica, que se muestra efectiva, como ya hemos descrito, para que estos pacientes cuenten con un espacio que les facilite descentrarse del rol de enfermos (enfermedad estigmatizada), y les procure recursos para ser más activos y protagonistas en su proceso terapéutico.” (p. 342). El grupo como dispositivo grupal, como un espacio institucionalizado que incluye una oferta terapéutica, con el fin de lograr dar respuestas asistenciales eficaces a usuarios con patologías psicóticas.

4.5 Rehabilitación psicosocial en el Uruguay

Del Castillo, Villar y Dogmanas (2011) señalan que la población asilar ha disminuido progresivamente en los últimos 25 años en nuestro país, debido a la desinstitutionalización de las personas con Trastornos mentales severos y persistentes. El desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental (1986), la humanización de los tratamientos, la descentralización de los servicios asistenciales, la creación y desarrollo de la Red de Salud Mental y la mejora de los tratamientos psicofarmacológicos han contribuido de alguna manera a superar el modelo asilar y asegurar la erradicación del sistema manicomial. En cuanto a rehabilitación

psicosocial en Uruguay, se busca lograr que la persona, como miembro activo de la comunidad logre una mejora en su calidad de vida; para esto, es necesario el desarrollar estrategias integrales desde un enfoque inclusivo y participativo.

Vicente Pardo (2002) expresa también que en los últimos años la rehabilitación psicosocial ha tenido un desarrollo significativo. Se comienzan a crear en la década del 90 nuevos centros de rehabilitación en el ámbito del MSP y del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, no solo dentro de Montevideo, sino también en el interior del país.

Pardo (2003) describe que dentro de las pautas actuales del tratamiento de los trastornos psicóticos en nuestro país se pone énfasis en los abordajes como; rehabilitación psicosocial, comunidad terapéutica, rehabilitación laboral, terapia de recuperación cognitiva, terapias individuales y de grupo, intervenciones familiares y psicoeducación y alojamiento de apoyo. “Si bien en nuestro país se ha realizado algunos cambios positivos en este aspecto de la asistencia de los pacientes con psicosis, aún no se ha logrado establecer un sistema coordinado que tenga continuidad.” (p. 105).

Es significativo dar cuenta de la *Ley 18.651 “Protección integral de personas con discapacidad”* implementada en nuestro país en el año 2010 , citando específicamente el Artículo 1°, que “Establécese un sistema de protección integral a las personas con discapacidad, tendiente a asegurarles su atención médica, su educación, su rehabilitación física, psíquica, social, económica y profesional y su cobertura de seguridad social, así como otorgarle beneficios, las prestaciones y estímulos que permitan neutralizar las desventajas que la discapacidad les provoca y les de oportunidades, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las demás personas” (cap. I)

Del Castillo (2011) habla sobre la situación actual de la rehabilitación psicosocial en Uruguay, donde enuncia que el prestador integral de salud cuyos servicios de salud mental poseen mayor grado de integración y articulación en red, es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). La misma está conformada por diversos dispositivos que prestan servicios en el primer, segundo y tercer nivel de atención 1. *Las Colonias Psiquiátricas* (Santín Carlos Rossi y Bernardo Etchepare), remanentes de una cultura asistencial de asilos en el Uruguay y donde actualmente se encuentran internadas 821 personas. 2. *El Hospital Vilardebó* como Hospital de Agudos desarrolla diversos Programas tendientes a la Rehabilitación, entre ellos: 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. 3. *Las Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales* en todo el país. 4. *Los Centros Diurnos de Rehabilitación Psicosocial*

integrados por el Centro Diurno del Hospital Vilardebó, Centro Diurno Sayago y Centro de Rehabilitación de Pando de Montevideo y Área Metropolitana. 5. Los *Equipos Comunitarios de Salud Mental* (ECSM), 45 en total, distribuidos en 28 en el interior y 17 en la capital del país.

En la guía de intercentros (2011), se plantea que dichos centros de rehabilitación integran una red de recursos socio-sanitarios y sociales pertenecientes a ASSE. Son Centros Diurnos los cuales trabajan en modalidad de Comunidad Terapéutica, formada por personas que tienen un Trastorno Mental Severo y Persistente, que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración a la sociedad, sus familias; junto a un equipo técnico interdisciplinario con el objetivo de la Rehabilitación Integral en salud mental. Se ofrecen una variedad de actividades, orientadas al apoyo y soporte social de las personas que concurren al Centro. Las actividades se desarrollan diariamente, las mismas son diversas según cada centro. Los talleres que se despliegan pueden ser, artísticos (taller de música y taller de plástica), formales (taller de entrenamiento cognitivo, taller de habilidades sociales, y taller de economía doméstica), activación (taller de expresión corporal, taller de proyectos, taller de educación para la salud), laborales (taller de cocina, taller de huerta y jardinería), actividades deportivas al aire libre, talleres de literatura, etc.

Del Castillo y Pardo (Paris 2000) “La Comunidad Terapéutica implica en sí misma un compromiso en un construir colectivo, propio a cada equipo comunitario, donde se plasman ideas, fantasías, deseos de usuarios, familiares y técnicos. Los mismos están enmarcados en una estructura que integra objetivos terapéuticos y normas socio-comunitarias, que se van procesando en un quehacer común, a lo largo de la experiencia histórica de la misma. La orientación terapéutica está centrada en la externalización y reinserción socio-activa del usuario.” (p. 2). Se busca que el usuario pueda ir participando, apropiándose del espacio terapéutico de forma activa, logrando un camino hacia una mayor autonomía, para esto es fundamental la creación de un espacio continente apropiado. Por ende se apunta a la rehabilitación desde un marco comunitario, ayudando a que la persona llegue a un conocimiento del sí mismo, a una noción integrada de su vida, que sea capaz de desarrollar la creatividad, de poder aceptar mejor las frustraciones, vincularse de una manera más participativa con su medio ambiente, logrando una mayor conciencia de la realidad externa, de sí mismo y del otro. Se debe tener en cuenta a la persona como un todo (bio-psico-social) en relación con su medio ambiente y a partir de allí trabajar desde un marco comunitario. Trabajando de esta manera en conjunto con la persona, la familia y el grupo, buscando generar un equilibrio entre sus partes “sanas” y “enfermas”.

5. *Reflexión final*

Pensando acerca del proceso que implicó la realización de la presente producción; se destaca lo vital del enfoque integral, donde “rehabilitar”, implica no sólo mejorar la calidad de vida y el relacionamiento con el entorno de cada persona, sino también, re-insertar en lo familiar y social, favoreciendo el ajuste del usuario a la vida cotidiana, generando así un mayor grado de autonomía. Es luchar contra la vulneración de derechos que estas personas sufren, promover sus variadas formas de expresión, sensibilizarse ante esta realidad, desnaturalizar procesos escapando de la normalización; creando espacios; habilitando crecimientos, lucha y superación personal.

Las personas que presentan una patología severa, una psicosis, con tendencia a la cronicidad, con desajustes sociales, dificultades para realizar diferentes actividades de la vida diaria, con un alto nivel de sufrimiento, requieren una atención y un acompañamiento que no reproduzca aquello que se desea tratar, como por ejemplo el aislamiento. Dichos pacientes conviven con la angustia como línea central en sus múltiples manifestaciones (en el síntoma psíquico, en el cuerpo, en las actuaciones), se trata en estos casos de una angustia que ha recibido diferentes denominaciones, según los autores, angustia de desintegración, angustia de fragmentación, de muerte, de derrumbe psíquico entre otras; reflejando el dolor más profundo del alma humana, el sufrimiento y “muerte psíquica” que termina alejando al sujeto, impidiéndole el derecho de llevar un vida con “dignidad”.

Se trabaja junto a estas personas en el día a día, con el objetivo de que puedan asumir las responsabilidades sobre sus propias vidas, logrando de este modo funcionar de manera activa e independiente, tanto como les sea posible, en la comunidad. Objetivo que sería inalcanzable sin un apoyo flexible y continuo tanto del entorno familiar, social como de los profesionales de la salud

Es inevitable dejar de pensar en los movimientos estigmatizantes que se producen no sólo a nivel del colectivo social, sino también en los mismos hospitales psiquiátricos, donde aún cuesta integrar al sujeto como ciudadano. Es así que la rehabilitación psicosocial ofrece la cálida visión de una práctica con un enfoque más humanista, donde se trabaja arduamente para que los usuarios puedan ejercer su derecho a vivir en la comunidad a la que pertenecen sin ser excluidos de ella. Filosofía de trabajo fundamentada en la igualdad de derecho de las

personas con discapacidades psiquiátricas, a poder elegir y a disfrutar en plena igualdad de los recursos que nos ofrece la sociedad, de la misma forma que el resto de los ciudadanos. Es necesario disponer de los profesionales adecuados, formados en rehabilitación psicosocial y con una buena coordinación para hacer efectiva la filosofía de la rehabilitación.

La psicoterapia de grupo, el grupo como dispositivo privilegiado para la recuperación de estas personas, es una modalidad terapéutica que se muestra efectiva, ya que es importante para los usuarios poder contar con un espacio que les facilite descentrarse del rol de enfermos (enfermedad estigmatizada), brindándoles así herramientas suficientes para que comiencen a ocupar un rol activo dentro de dicho grupo y en relación con los demás. La dinámica de grupo se hace indispensable en cualquier servicio, como oferta permanente y específica donde se trabaja con pacientes con trastornos mentales severos (esquizofrenia), contribuyendo así al fortalecimiento de respuestas asistenciales y terapéuticas.

Los profesionales forman una parte importante en el desarrollo, consolidación y evaluación de espacios psicoterapéuticos en el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales graves. Así como el desarrollo de líneas de investigación sobre la psicoterapia grupal que favorezcan tanto el desarrollo conceptual (teórico-técnico), como la práctica clínica y la consolidación de modelos institucionalizados para la atención a pacientes con trastornos mentales graves.

Es fundamental destacar que dicho trabajo continuó enriqueciendo mi aprendizaje, aportando valiosos elementos a la “caja de herramientas” que se está e ira construyendo como futura profesional; integrando una visión general de las características que presentan las personas con trastornos mentales severos y persistentes, en donde se ponen en juego diferentes síntomas, demandas y necesidades. Si bien el abordaje farmacológico apunta a disminuir los síntomas positivos, esto sería solo una cara de la misma moneda; siendo imprescindible el modelo psicoterapéutico sobre rehabilitación psicosocial como estrategia fundamental para abordar a su vez los síntomas negativos.

Se hace necesario reflexionar acerca de que aún queda mucho camino por recorrer para poder afirmar que se cuenta con un adecuado sistema de atención comunitaria e integral para dichas personas, en donde se desarrollen un conjunto coordinado, coherente y suficiente de recursos, servicios y programas compuestos por un equipo de trabajo con diferentes profesionales, que cubran y atiendan las diferentes necesidades y demandas.; brindándole

así a dichas personas y a sus familias una adecuada atención y una efectiva rehabilitación e integración social.

Bibliografía

- Asociación Española de Neuropsiquiatría Madrid 2003. "Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo"
- Bauleo, A. 1997. "Psicoanálisis y Grupalidad". Buenos Aires: Paidós.
- Bauleo, A., Montserrat, A. y Suárez, F. 2004, "Psicoanálisis operativo. A propósito de la Grupalidad". Buenos Aires.
- Colección Documentos Serie Documentos Técnicos N° 21016 (Madrid 2007). "Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial"
- Del Castillo, R., Pardo, V. 1996. "Rehabilitación en una comunidad terapéutica". Montevideo.
- Del Castillo, R., Villar, M., Dogmans, D. 2012. "Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay".
- Díaz, E., Avezuela, R., González, M., Fraile, J., García, I. 2010, "Psicoterapia de la Psicosis: De la Persona en Riesgo al Paciente Crónico". Clínica y Salud [revista en la Internet]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300007&lng=es.
- Ey, H., Bernard, P., Brisset, C., 1978, "Tratado de psiquiatría", 8ª Ed Elsevier España.
- Otero Virginia, 2003, "Rehabilitación de enfermos mentales crónicos: evaluación de objetivos", Ed. Ars Medica
- Florit-Robles, A. 2006. "La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica". En: Apuntes de Psicología. Universidad de Sevilla.
- Freud, S. 1924. "Neurosis y psicosis", (pp. 151-176) Amorrortu Editores vol. XIX Buenos Aires
- Gabbard, G. 2002, "Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica". Ed. Panamerican.
- García Badaracco JE. 1990, "Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar". Tecnicpublicaciones S.A., Buenos Aires.
- García Badaracco JE 1983, Conferencia dictada en AUDEPP. "Psicoterapia de la psicosis".
- García Badaracco JE. 1986, Revista de Psicoanálisis. "Identificaciones y sus vicisitudes en la psicosis".

- Geoff Shepherd, Jed Boardman y Mike Slade. Edición en Castellano, 2008. "Hacer de la recuperación una realidad"
- Gonzales Regadas, E. "Transferencia de lo psicótico".
- Guía de Centros de Rehabilitación Psicosocial, Intercentros 2011.
- Infocop, 2003. "El National Institute of Mental Health de EE.UU. abandona la clasificación DSM", disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4564.
- Jaakko Seikkula, Birgitta Alakare y Jukka Aaltonen, 2013. "El enfoque del diálogo abierto Principios y resultados de investigación sobre un primer episodio psicótico". Disponible en: <http://colectiumajara.files.wordpress.com/2013/06/dialogo-abierto-para-tto-eskizo.pdf>.
- Klein, Melanie, 1946. Bibliotecas de Psicoanálisis Obras Completas. "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides".
- Ley Nº 18.651 PROTECCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD., 2010. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18651&Anchor=>.
- Mendilaharsu, C, 1987. Revista uruguaya de psicoanálisis. "Reflexiones sobre el psicoanálisis de la psicosis".
- Pardo, V. 2007. "Esquizofrenia. Impacto del no tratamiento en la evolución y Su vinculación con las intervenciones terapéuticas tempranas". Revista de Psiquiatría del Uruguay (Volumen 71 Nº 1)
- Pardo, V. 2003. "Pautas actuales del tratamiento de los trastornos psicóticos". Revista de Psiquiatría del Uruguay". Revista de Psiquiatría del Uruguay. (Volumen 67 Nº 1)
- Pardo, O. Curbelo, R del Castillo, S. Grunbaum, E. Regazzoni, M. Kaplan. Revista de Psiquiatría del Uruguay (Volumen 66 Nº 1), 2002 "Evaluación retrospectiva de un Programa de Rehabilitación Psicosocial de un Centro de Día para adultos"
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009. "Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente", Madrid.
- Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002. "Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo Situación actual y recomendaciones". Cuadernos técnicos 6, Madrid
- Rodríguez, A. 2002. "Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos", Madrid, ed. Pirámide.

- Rosillo Herrero, M 2012. “La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar.”
- Tizón JL. 2006. Editorial: Resiliencia y contención en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Archivos de Psiquiatría.
- Tizón, 2010. “¿Uno por ciento, esquizofrenia?”. Archivos de psiquiatría, volumen 73.
- Tizón JL. 2007. “Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis”
- Vallejo Jiménez, F. 2006. Espacio grupal para pacientes psicóticos en un Centro de Salud Mental. Apuntes de Psicología, Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla.