



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

TRABAJO FINAL DE GRADO

¿Quehacer y qué hacer?

-Una mirada desde la comunidad terapéutica-

-Modalidad monografía

Tutor: Lic. Psic. Eduardo Sivori

Autora: Florencia Carlomagno

4.413.086-9

30 de Octubre del 2014
Montevideo-Uruguay

Resumen

El siguiente trabajo aborda la temática acerca del rol del psicólogo en un grupo de personas con esquizofrenia en el marco de trabajo de Comunidad Terapéutica. Esta inquietud surge en función de una serie de preguntas; ¿Qué herramientas se podrían brindar desde la rehabilitación para el trabajo con personas que padecen esquizofrenia y sus respectivas familias?, ¿Cuál sería el modelo y el dispositivo de trabajo más adecuado para abordar este tipo de tratamientos?, en este contexto, ¿cuál sería el rol del psicólogo?

En un comienzo se articulan conceptualizaciones sobre los trastornos mentales severos y persistentes, cronicidad y psicosis crónica, luego se profundiza en la esquizofrenia como una de las patologías más severas, frecuentes y preocupantes en nuestro país. Posteriormente se desarrolla la importancia del abordaje comunitario (desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica), en el área de la Rehabilitación Psicosocial.

Por último se hace hincapié específicamente sobre qué Rol ocupa el Psicólogo en un equipo de salud mental en Uruguay, destacando el grupo como dispositivo privilegiado para su desempeño, con el fin de conocer el quehacer en relación a la profesión y la disciplina en un equipo multidisciplinario y que hacer puntualmente en el trabajo en rehabilitación de personas con psicosis.

A modo de conclusión se reflexiona acerca de la importancia del trabajo multidisciplinario en los Equipos de Salud Mental y en particular el ejercicio del psicólogo, siendo éste una pieza clave en el empoderamiento de quienes padecen de lo psiquiátrico en su propio proceso de rehabilitación y tratamiento.

Palabras clave

Rol del Psicólogo - Rehabilitación Psicosocial - Comunidad Terapéutica-
Esquizofrenia

Índice

Introducción y Fundamentación.....04

Metodología.....05

Marco Teórico

1. Desarrollo de conceptos06

2. Importancia de la Rehabilitación Psicosocial.....10

3. Salud Mental y Comunitaria.....13

4. Marco de Trabajo; Comunidad Terapéutica.....15

Rol del Psicólogo en un equipo de salud mental:

-Lo Grupal: Un camino hacia el entendimiento, la contención la autonomía.....17

-Quehacer del Psicólogo y que hacer en Rehabilitación Psicosocial.....21

Reflexiones.....26

Bibliografía.....28

Anexos.....31

Introducción y Fundamentación

"Todo el mundo es un escenario y nuestra formación en la escuela, el hogar y la sociedad, en general nos prepara para nuestro rol de actores".
(Maxwell Jones)

A partir de la toma de contacto con personas que padecen trastornos mentales severos y la lectura realizada al respecto, se visibiliza la alta vulnerabilidad y vulneración de derechos que sufre esta población. Por "población vulnerable" se entiende que es un concepto dinámico y no estático; lo que hoy en día podría ser una situación de desventaja social para una persona o grupo, no precisamente lo fue o lo será en un futuro. La vulnerabilidad en un sentido sustancial es intrínseca al ser humano desde que nacemos y por ello se crean mecanismos de protección incorporados de forma natural en la estructura social a través de la familia, las organizaciones y las Políticas Públicas.

A esta vulnerabilidad "biológica" se añade la que nos puede venir desde el contexto social. En este caso se trata de personas o grupos que están en desventaja significativa en cuanto a la inclusión social por causa de su condición étnica, de género, edad, capacidad o discapacidad funcional, estado de salud, nivel educativo, nivel económico, cultural, etc.

En este caso, estaríamos hablando de una persona o grupo de personas que presentan una condición de vida que se refleja luego en una estructura y funcionamiento físico-mental y social francamente alterado; carencia o ausencia de elementos esenciales para la subsistencia y el desarrollo personal, e insuficiencia de herramientas necesarias para abordar situaciones de desventaja o de ventajas estructurales o coyunturales.

Se plantea entonces que una persona o grupo debe ser considerado como "**altamente vulnerable**" cuando es afectado por situaciones adversas o cuando no puede aprovechar y responder a situaciones favorables del contexto; en ambas situaciones, no tiene capacidad de respuesta. (Sivori.E 2014).

Los enfermos mentales están expuestos en todo el mundo a una amplia gama de violaciones de los derechos humanos. La estigmatización hace que a menudo sean aislados y no reciban los cuidados que necesitan, enfrentándose diariamente a la discriminación en la educación, el empleo y la vivienda, el aislamiento social, institucional, pérdida de redes, habilidades y destrezas, situación a partir de la cual emerge la necesidad de encontrar formas alternativas de abordar estas situaciones. (OMS,2006)

A partir de esta realidad social, surge el cuestionar, pensar y reflexionar sobre cuál es el *quehacer* del psicólogo, así como *qué hacer* ante esta problemática. De esta manera, el presente trabajo intentará elucidar el rol actual del psicólogo en los Equipos de Salud Mental Comunitarios, con el fin de brindar herramientas para el trabajo con aquellos que padecen psicosis esquizofrénica y sus familias, desde la rehabilitación psicosocial.

Para este abordaje, se partirá desde la concepción y el modelo de trabajo de la denominada Comunidad Terapéutica, la cual considera al grupo terapéutico como el dispositivo privilegiado para que los usuarios se impliquen en su propio proceso de rehabilitación. Además, mediante entrevistas a referentes en salud mental que trabajan en beneficio de la rehabilitación psicosocial en el Uruguay, intentaremos acercarnos a los distintos dispositivos existentes en Montevideo, con el fin de conocer cómo se trabaja, desde el modelo multidisciplinario y qué lugar ocupa la psicología como disciplina y la profesión del Psicólogo en esta área de trabajo.

Metodología

Este trabajo es de tipo de compilación monográfica. Como punto de partida se comenzó con la lectura de la bibliografía pertinente. La **revisión de la literatura comprende desde el año 1924 hasta el 2014** considerando autores internacionales (Argentina, México, España, USA), países donde el desarrollo de la temática en cuestión es mayor y complementa la mirada de autores nacionales, además de facilitar la comprensión de la misma.

Se articulan entrevistas realizadas en diferentes dispositivos que se dedican a la rehabilitación psicosocial en Montevideo como el centro Martínez Visca, Sur Palermo, Centro Diurno Sayago, CIPRES, y la Unidad docente asistencial del Hospital Maciel, con el objetivo de brindar una mirada aproximada del trabajo multidisciplinar, el que hacer del psicólogo en el área de la Rehabilitación y su rol como coordinador de grupos en particular. Los profesionales entrevistados son referentes en diferentes disciplinas de la salud, comprendiendo la psicología, psiquiatría, medicina, enfermería y trabajo social, que proporcionan una mirada integral, actual de cómo se aborda la problemática en nuestro país.

Luego se realiza una síntesis de conceptos pertinentes para luego profundizar en el Rol del psicólogo en el grupo terapéutico.

Marco teórico

1. Desarrollo de conceptos

Antes de entrar en contacto con modelos, herramientas y dispositivos de trabajo, se considera pertinente realizar un breve desarrollo acerca de ciertas conceptualizaciones sobre cronicidad, enfermedad crónica, trastorno mental severo, psicosis crónica, para luego profundizar en la esquizofrenia.

En palabras de Abelardo Rodríguez *“La cronicidad se define como un proceso morboso que progresa o persiste durante un prolongado período de tiempo, generalmente toda la vida, y se la relaciona con la imposibilidad de curación, contraponiéndose al término “agudo”*. Actualmente es asociada al permanecer “enganchado” por un largo tiempo a cualquier servicio asistencial, teniendo un impacto determinado en la persona, generando así la aparición de pequeños síntomas persistentes e incapacidad para el desarrollo de la vida cotidiana. Es importante para esta definición, comprender que lo crónico refiere a la persistencia y la extensión de las limitaciones, las cuales repercuten en todos los aspectos de la vida y durante todo el transcurrir de la misma (Rodríguez, A. 2002).

Según Ey, H. (1978), las enfermedades mentales crónicas son aquellas enfermedades mentales que por su organización permanente -aunque no siempre irreversible-, constituyen formas patológicas de la existencia. Se caracterizan por presentar una evolución continua o progresiva que compromete de manera persistente la actividad psíquica. Sus caracteres comunes son, en primer lugar, constituir trastornos mentales durables, estables y a veces progresivos y modificar más o menos profundamente el sistema de la personalidad. El concepto de enfermedad crónica refiere ante todo a una desorganización en su estructura. Dicha desorganización tiende a que la persona se escinda de la realidad pudiendo detenerla o incluso renunciar a ella.

De acuerdo a Otero, V. (2003), 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 cotidiana, como la higiene, el auto cuidado, autocontrol, relaciones

interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, ocio y dificultad en el desarrollo de su autonomía o autosuficiencia económica.

Es entonces el resultado de una compleja relación de determinación entre clases sociales, enfermedad, evolución y tratamiento. Las personas de clases sociales menos favorecidas sufren más trastornos mentales y de mayor gravedad, reciben tratamiento más tarde, son reclusos en el hospital y sus posibilidades de reinserción son menores, en consecuencia, el impacto de la enfermedad es mayor y su posterior aislamiento también.

En los cuadernos técnicos sobre “Rehabilitación Psicosocial del Tratamiento Mental Severo” se menciona que los elementos comunes que definen a las personas con trastornos mentales severos y especialmente con esquizofrenia, pueden resumirse en mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente y déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente. Además, dificultades para interactuar socialmente, pérdida de redes sociales de apoyo, las cuales en muchos casos se limitan sólo a su familia y situaciones de aislamiento social. Presentan elevada dependencia hacia otras personas y servicios sanitarios y/o sociales, teniendo 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 la marginación. Las necesidades y problemáticas de las personas con trastornos mentales severos son, por tanto, múltiples y variadas. Muchas veces detrás del rótulo diagnóstico, nos olvidamos que tratamos con personas, las cuales 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.), a las cuales se les suman dificultades y necesidades específicas vinculadas a los problemas psiquiátricos y psicosociales propios de este colectivo. (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003).

Haciendo referencia a la Psicosis Crónica, Sigmund Freud (1924) plantea que la psicosis es una enfermedad mental en la que se desarrolla un conflicto entre el yo y el mundo externo. Dentro de las Psicosis Crónicas la Esquizofrenia es una de las patologías psiquiátricas más preocupantes, afecta profundamente la personalidad y debe ser considerada como una especie dentro de un género, el de las psicosis delirantes crónicas. Es un trastorno psicótico caracterizado por una alteración propia del funcionamiento mental que ha sido llamada antiguamente “demencia precoz”, “discordancia intrapsíquica” o “disociación autística de la personalidad. Presenta síntomas positivos o floridos, “Síndrome de automatismo mental” (irrupción del delirio) y síntomas negativos deficitarios asociados a los a pragmatismos “Síndrome de discordancia” y disociación (impenetrabilidad, desapego, extravagancia, ambivalencia).

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, tiende a evolucionar hacia un déficit

y disociación de la personalidad alterándola profundamente. El individuo cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, perdiéndose en un pensamiento autístico y caótico.

Hay un potencial evolutivo de la enfermedad y otro involutivo, generándose así una imposibilidad de salir de una experiencia subjetiva e impotencia de vivir en un mundo real, huyendo hacia uno imaginario. (Ey, H.1978).

En el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (2009), se plantea que las principales manifestaciones consisten en una mezcla de signos y síntomas característicos que afectan a múltiples procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones mal sistematizadas), ideación, comprobación de la realidad (ideas delirantes), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), perturbaciones afectivas profundas (afecto plano, extrañeza en los sentimientos), conducta (catatonía, desorganización, ambivalencia, discordancia), cognición (atención, concentración), motivación y juicio. No hay ningún síntoma que sea, por sí solo, patognomónico de la esquizofrenia.

La enfermedad afecta a una de cada cien personas en el mundo, de cualquier estrato social y generalmente irrumpe en sujetos jóvenes, hombres y mujeres en igual proporción, con edades comprendidas entre los 15 y 30 años. Puede desarrollarse de manera gradual, insidiosa o de forma repentina, manifestándose en cambios bruscos de la conducta, denominados "crisis" (Grupo de Familiares "La Esperanza", 2000).

En cuanto a la etiología de la enfermedad Gabbard (2002) habla de la importancia de los factores genéticos en el desarrollo de la esquizofrenia, así como también la relevancia de los factores del ambiente que también están implicados en el evolución de la misma, aunque no existe todavía un consenso sobre la naturaleza exacta de los mismos.

Lemos, S. (1986) opina que:

"Aun cuando la etiología de la esquizofrenia sigue planteando importantes interrogantes, cada vez más se va aceptando el modelo interpretativo de la diátesis-stress¹ en que la internación de diversos factores causales genéticos, biológicos y psicosociales, van sustituyendo a insuficientes modelos causales unidireccionales" (Pág. 50).

¹ El Modelo de diátesis-estrés es una teoría psicológica que explica la conducta como un resultado tanto de factores biológicos y genéticos (lo "innato") como de experiencias vitales (lo "adquirido").

En la revista de psiquiatría del Uruguay, Pardo, V. (2003) relacionado a lo mencionado anteriormente, sugiere que no se vuelve esquizofrénico quien quiere sino “quien puede”, debiendo estar siempre presente para su desarrollo, una predisposición genética a la enfermedad. Así mismo expresa que, por esta razón, para el tratamiento de estos trastornos se requiere de un sistema médico-social de atención que sea organizado, continuo y coordinado, para poder responder seriamente al tratamiento de los aspectos somáticos y psicosociales de las psicosis en los distintos momentos evolutivos.

En la actualidad hay una fuerte evidencia acerca de la eficacia que resulta de la combinación e integración de los tratamientos biológicos y psicosociales en los pacientes con esquizofrenia (...), estudios ya clásicos demuestran que cuando se agrega un tratamiento psicosocial bien realizado a la medicación antipsicótica, la tasa de recaídas disminuye un 50% en comparación con los pacientes tratados con medicación y tratamiento estándar (Pág. 58).

Dentro de los tratamientos psicosociales, la rehabilitación se plantea como un abordaje integral. Tiende a que la persona llegue a un conocimiento de sí mismo, a una noción integrada de su vida, promueve el desarrollo de la creatividad, 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 de los otros. Se trabaja conjuntamente con la persona, el grupo, la familia y los técnicos en busca de un equilibrio entre sus partes “sanas” y “enfermas”, descubriendo potencialidades que habiliten nuevas formas de ser y estar con los demás (Pardo, V., Del Castillo, R. 1996)

2. Importancia de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento de la esquizofrenia

Según la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR, 1996), la

Rehabilitación Psicosocial es un proceso que facilita la oportunidad a individuos -que están deteriorados, discapacitados o afectados por el handicap -o desventaja- de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado una 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.

Las personas que sufren enfermedades mentales severas y crónicas como la esquizofrenia u otras psicosis, presentan problemáticas muy complejas que no pueden reducirse a la sintomatología psicopatológica, sino que afectan además otros aspectos, como el funcionamiento psicosocial y la integración en la sociedad. (AEN, 2003). Las intervenciones psicosociales disminuyen el impacto que tiene la sintomatología negativa y positiva de la esquizofrenia en la vida de la persona, aumentan el conocimiento que él mismo y su familia tienen sobre el trastorno, así como favorece la adhesión al tratamiento farmacológico. Ayuda a prevenir recaídas y contribuye a mejorar las habilidades y redes sociales, proporcionando estrategias de afrontamiento del estrés (Robles, F. 2006).

La asociación española de psiquiatría (2002) propone que una atención comunitaria adecuada apunta a atender no sólo su problema clínico psiquiátrico sino también sus diferentes dificultades y necesidades psicosociales, con la finalidad de evitar situaciones de deterioro y marginación. Define entonces la rehabilitación psicosocial como un “Conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que complementan las estrategias farmacológicas y de tratamiento de los síntomas. Se orienta fundamentalmente a la mejora del desarrollo personal y social, calidad de vida, y apoyo a la integración comunitaria” (Pág. 20).

(Otero, V. 2003) considera que la rehabilitación tiene como principal objetivo mejorar la calidad de vida de estos individuos ayudándolos a asumir responsabilidades de sus propias vidas, participando activamente en la comunidad y logrando la mayor independencia posible en su entorno social. El tratamiento farmacológico mejora la enfermedad reduciendo síntomas y estabilización psicopatológica, mientras que la rehabilitación favorece el funcionamiento de la persona en su

entorno, mejora sus capacidades personales, sociales y de sus familias. De esta manera, se hace necesaria la rehabilitación para ayudar a los pacientes recluidos en hospitales psiquiátricos en el difícil tránsito de vuelta a la sociedad, muchos de los usuarios permanecen mucho tiempo en contacto con estos servicios y necesitan gran cantidad de cuidados y apoyo que no reciben. La rehabilitación tiene que ver con la adaptación social, razón por la cual, los recursos psicológicos y sociales deben ser tan importantes como su estado clínico, posibilitando que el mismo se desenvuelva y maneje en la comunidad con la mayor autonomía y calidad de vida posible.

Además de la búsqueda de en la mejora de la calidad de vida de las personas, es importante que se pueda romper con el estigma y reconocerse más allá de las categorías psiquiátricas que los ubican en el “rol de paciente”. En este proceso la persona comienza a concebir que puede ser mucho más que un cartel, o una categoría nosográfica. (Techera, A., Apud, I., Borges, C., 2007).

Según la Psicóloga Amaru Moller del Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial Sayago, “Mi idea de Rehabilitación, influenciada por el trabajo que hago en Sayago, tiene mucho más que ver con lo grupal, con la comunicación, la autonomía, con los derechos humanos e incluso con el concepto de ciudadanía”.

Rodríguez, A. (2002) plantea que los objetivos de un proceso de rehabilitación serían:

- Ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y mejorar su funcionamiento psicosocial, de manera que pueda mantenerse en su entorno natural y social en unas condiciones de vida lo más normalizadas e independientes posibles.
- Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación del conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles.
- Potenciar la integración social dentro de la comunidad, apoyando y fomentando un funcionamiento lo más autónomo, integrado e independiente posible, así como el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados.
- Ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad, incluyendo la rehabilitación vocacional y el alojamiento.
- Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginalización y/o institucionalización.
- Asesorar y apoyar a sus familias de modo que puedan ser más competentes en el manejo de los problemas que se les plantean e incidir positivamente en el proceso de rehabilitación y ajuste social de sus familiares.

Para alcanzar dichos objetivos, Florit Robles (2006) plantea que:

El tratamiento de un paciente con esquizofrenia o trastorno psicótico incipiente se ve facilitado por un conocimiento global del afectado que incluya la valoración de sus necesidades objetivas y subjetivas; sus objetivos; sus conflictos intrapsíquicos y defensas; sus estilos de afrontamiento; sus capacidades personales; y los factores biológicos, interpersonales, sociales y culturales que afectan a la adaptación del paciente. Los profesionales que participan en la atención al paciente han de trabajar para desarrollar un plan de tratamiento integrado y coordinado.(Pag.46)

Además, el trabajo en rehabilitación bio-psico-social desde lo cultural y ambiental, implica el encuentro entre la persona que sufre el trastorno mental, su familia, su entorno y el equipo referente. En dicho encuentro se va privilegiando el lugar que ocupa, su potencial y saber, en un aprendizaje común hacia la construcción de un camino propio e individualizado, donde la persona pueda tomar conciencia de sus necesidades en interacción con su medio familiar y social (Del castillo, R.,Villar, M., Dogmanas, D. 2012).

3. Salud mental y comunitaria

A partir de los procesos de desinstitucionalización, críticas al modelo médico tradicional, y la ineficacia de la reclusión para los enfermos mentales, se establecen nuevas estrategias de intervención. Surgen a nivel mundial movimientos de autoayuda, clubes psico-sociales y asociaciones para atender las necesidades de esta población, con el objetivo de brindar ayuda a la persona para que pueda tener una mejor calidad de vida en la sociedad. (Jones, M.1963)

En los últimos 25 años en nuestro país se han realizado cambios hacia la apertura. Movimientos instituyentes desde múltiples áreas, marcos teóricos, perspectivas y disciplinas, han logrado la disminución progresiva de la población asilar con trastornos mentales severos y persistentes. Dichos movimientos, se traducen en la creación del Plan Nacional de Salud Mental, la humanización de los tratamientos, la descentralización de los servicios asistenciales, la creación y el desarrollo de la Red de Salud Mental y la mejora de los tratamientos farmacológicos, lo que habilitó, entre otros aspectos, la posibilidad de profundización en los abordajes psicosociales. Por esta razón el foco actualmente está puesto en fortalecer el modelo de atención comunitaria en Salud Mental de manera de superar el modelo asilar y asegurar la erradicación del sistema manicomial. (Del castillo, R. 2012)

Moffatt (1974) denuncia que:

La lógica manicomial produce amputaciones en todos los niveles, pero fundamentalmente en la dignidad personal. El sujeto es descalificado y cosificado, viéndose deteriorado el sentimiento de autonomía y de auto respeto. La lógica manicomial, está atravesada por la mendicidad, la desesperanza y el abandono. El hospicio es como un pozo profundo en el que se entra rápido pero es difícil salir, pues sus paredes son resbalosas, como en la incomprensión y el abandono (p. 16).

Por otro lado, Jones, M. (1963) agrega que hoy en día se busca mantener al enfermo mental inserto en la comunidad, en contraposición al encierro en un establecimiento asistencial. El interés está centrado en el potencial terapéutico de la vida comunitaria y se considera que las familias y las situaciones laborales llevan implícitas -y explícitas- posibilidades crecientes para el tratamiento. Así, la Comunidad Terapéutica resulta ser uno de los mejores encuadres dentro del cual puede desarrollarse el entrenamiento para la intervención comunitaria y la rehabilitación psicosocial.

4. Marco de trabajo: Comunidad Terapéutica

El desarrollo del concepto de comunidad terapéutica y grupos terapéuticos significa que la relación médico paciente ha dejado de ser diádica², para implicar más y más a la persona junto con el equipo profesional en su tratamiento, utilizando de la mejor manera las herramientas del personal entrenado, familiares y usuarios para contribuir al mejoramiento de la salud mental. El énfasis está puesto en reconocer y explotar las potencialidades del individuo, habilitándolo a ocupar un rol activo y a crear una red de comunicación abierta, la cual favorece el aprendizaje a partir de la propia experiencia y, consecuentemente, corregir los errores rápidamente.(Jones, M. 1963) Se basa esencialmente en la utilización de los factores sociales del ambiente para producir cambios, los cuales contribuyen a aliviar tensiones y preparar mejor al individuo para afrontar situaciones similares en el futuro. “Cambiar la imagen que el paciente tiene de sí mismo en su mente y de sus compañeros, esto se considera como una buena preparación para su reintegro a la sociedad.” (Vallejo Jiménez, F. 2006).

² Este concepto refiere a la estrecha relación médico-*paciente*, la cual no contempla las redes vinculares, el contexto, la comunidad, etc.

En un material audio visual del Centro de Investigación en Comunidad Terapéutica de NIDA-USA, su director, De León, G., propone y le da relevancia a la Comunidad Terapéutica como método. Plantea que:

“Este término distingue la comunidad terapéutica de otros tipos de abordajes, porque usa una comunidad de personas similares, con características similares, para lograr efectos terapéuticos, con el fin de ayudar a los individuos miembros de esa comunidad, a pensarse a sí mismos y cambiar sus vidas”.

Pardo, V. y Del Castillo, R. (1996) definen la comunidad terapéutica como un:

Conjunto de técnicas integradas que se aplican en una Institución tendiendo a permitir y obtener el máximo de participación por parte de los pacientes, que se caracteriza por un sistema constante pero flexible, cuyas características son conocidas por todos los participantes y son discutidas por ellos periódicamente, existiendo de manera explícita la posibilidad de rectificar aspectos del funcionamiento grupal en base a la deliberación en común. La Comunidad se sirve de roles terapéuticos diversos y opera principalmente en torno a grupos. Tiende a integrar al conjunto de la actividad en un marco socio-terapéutico.

Los autores destacan que los objetivos de dicho abordaje son, integrar de forma dinámica el conocimiento de los usuarios por un lado, y la adecuación de los instrumentos terapéuticos por otro, con el fin de conocer los recursos propios de la persona, su potencial, cambios, vínculos con otros, su familia, enfermedad, y las limitaciones que la misma pudo haber generado en su vida. Se busca crear un espacio continente apropiado, que favorezca la integración y que en el marco de un aprendizaje y acompañamiento terapéutico pueda ir participando y apropiándose del mismo.

En palabras de De Brassi y Bauleo (1990) sobre el trabajo comunitario:

“La respuesta asistencial requiere, más que en otras patologías, una intervención coordinada de varios profesionales, servicios e instituciones, ya que estas personas transitan por muy diversos lugares (consultan con psiquiatras, psicólogos, consultas de enfermería, programas de rehabilitación, talleres, etc.). El riesgo de descoordinación y fragmentación ante esta situación se acentúa cuando los profesionales se encierran cada uno en su parcela de tratamiento, en su espacio asistencial, intentando dar respuestas a una demanda múltiple de una manera escindida y no integrada.

La estructura dinámica y social de la comunidad terapéutica, según Jones, M. (1963) involucra a todos (funcionarios de la salud) en roles más activos, a diferencia de aquellas veces en que las decisiones se dejan en manos de autoridades centrales. Se dedica gran parte del tiempo a la discusión sobre los problemas y las situaciones individuales de cada usuario, intentando promover siempre la autodeterminación del sujeto, una creciente responsabilidad, que le permita apropiarse de su propio tratamiento y condiciones de vida. Esta estructura democrática e igualitaria para ser eficaz necesita de un liderazgo múltiple y equilibrado de varias personas, todas ellas capaces de desempeñarse en el trabajo y manejo con grupos, formación, personalidad y capacidad necesaria para ser aceptados como líderes cuando el líder formal debe ausentarse. De esta manera, dentro de un marco multidisciplinario, se fomenta el diálogo, la adaptación social y los cambios de actitudes, generando un sistema amplio de frenos y equilibrios, pudiéndose tolerar y utilizar el cambio con mucha más facilidad que las organizaciones de jerarquías rígidas.

Al mismo tiempo contempla la psicoterapia de grupos, donde opera el principio de que con una orientación capacitada, los participantes pueden llegar a tener una influencia terapéutica poderosa sobre otros, pudiendo aplicar luego esta capacitación en su vida diaria. Se parte de la suposición básica de que el debate de los problemas personales lleva en última instancia a algo beneficioso para el individuo, y los tópicos debatidos son considerados confidenciales por los demás miembros del grupo.

Haciendo hincapié en la importancia del trabajo multidisciplinario en la comunidad terapéutica en una entrevista con la asistente social Martha Pérez del centro Diurno Sayago menciona la psicología como disciplina fundamental en rehabilitación :

“Desde el punto de vista de la concepción de comunidad terapéutica (como la trabajamos en el centro diurno Sayago), pienso en la disciplina en forma integrada , desde la multidisciplina , interviniendo y trabajando desde lo grupal a lo individual. La psicología va aportando su mirada y que hacer profesional hacia el todo”.

Siguiendo por esta misma línea, el psiquiatra Pablo Castagnetto del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica Dr. Martínez Visca y del centro de Rehabilitación Psicosocial CIPRES, considera: “La psicología se trata de una disciplina imprescindible para la comprensión de los procesos de salud-enfermedad, en sus dimensiones individuales, grupales y familiares”. Menciona que a su vez el psicólogo desempeña un rol principal en el tratamiento integrado de salud que desde el abordaje multidisciplinario, trabajando en equipo con otras disciplinas, se intenta ofrecer a los usuarios y sus familiares.

Rol del psicólogo en un equipo de salud mental

Lo grupal: un camino hacia el entendimiento, la contención y la autonomía

Para tratar este tema, uno de los autores más ilustrativos es Felipe Vallejo, sobre el cual se desarrollará el siguiente apartado, articulando la opinión de referentes en salud mental sobre su trabajo en el Uruguay desde la multidisciplina. Si bien Vallejo habla del rol del coordinador en términos generales, se entiende que dichas características son transferibles al rol que ocupa el psicólogo.

Vallejo (1997) plantea que, a partir de la incorporación a un equipo o a una institución de salud mental, con sus características organizativas y demandas múltiples y heterogéneas, es necesario plantearse cómo crear y mantener espacios permanentes para el apoyo, contención, seguimiento y tratamiento de la persona psicótica. Para ello y en primer lugar, deberíamos preguntarnos si existen, por un lado, lugares cotidianos donde los profesionales puedan pensar en común sobre la psicosis y sobre nuestras respuestas asistenciales y terapéuticas. Por otro, evaluar las necesidades del colectivo y, de ser necesario, se propone que los profesionales de la salud creen o propicien la creación de espacios grupales en pos del beneficio de los usuarios, dado que el grupo se muestra como un espacio privilegiado para la comprensión, contención y tratamiento. Desde esta perspectiva, las estrategias psicoterapéuticas grupales se pueden considerar como una oferta asistencial integrada y permanente de un servicio.

En palabras de Vallejo:

Los pacientes esquizofrénicos necesitan un espacio y un tiempo donde la crisis pueda ser escuchada. El espacio grupal hace posible un lugar facilitador donde puede rehacerse lo fragmentado en la crisis psicótica, teniendo la posibilidad de recrear vínculos tan dañados en su historia. (Pág. 332).

Se trata entonces de un espacio donde, por momentos, pueden salir de la soledad en la que están inmersos, no solo por la tendencia al aislamiento y su intensa sensibilidad al rechazo, sino por su dificultad de ser escuchados y comunicarse en un medio que no entiende sus experiencias, que las teme, o que tiende a segregarlos. Así, el encuadre grupal actúa como marco de seguridad y de depositario de las ansiedades que produce el proceso terapéutico, permitiendo al psicótico mostrar y poner en la relación grupal sus temores paranoides y su sufrimiento, con la expectativa de que ese mundo exterior (el grupo) lo va a soportar y contener.

En los contextos institucionales de los Equipos de Salud Mental, de urgencia, de burocracia, de demandas indiscriminadas, el grupo posibilita un tiempo y un espacio para pensar qué pasó en esa crisis y qué ha sucedido en sus relaciones vinculares, entendiendo que dicha crisis debe ser comprendida en relación con otros: familia, medio social, etc. (Bauleo, 1997).

García Badaracco (1990), plantea que el grupo da lugar a que el usuario se incluya y se identifique con un espacio asistencial donde el foco no se centra en los síntomas y los tratamientos farmacológicos, sino que se sostiene sobre los principios del empoderamiento, el desarrollo y la autonomía. La psicoterapia de grupo facilita la maduración e individuación de los usuarios y habilita a la construcción de un “yo mismo”. Se trata entonces de resignificar y reconstruir aquellos aspectos del crecimiento que quedaron enquistados en su historia.

Vallejo (1997), retomando a Pichón Riviere, escribe que

El grupo es un modelo y un hecho de mediación, por tanto surge como la intermediación entre la estructura individual y la estructura social. Estudia al sujeto como un ser de necesidades que se satisface socialmente en relaciones que lo determinan. (Pag.333)

El autor retoma también a Vico, quien entiende que a la hora de organizar un espacio de tratamiento grupal, hay ciertas consideraciones básicas a tener en cuenta. Se necesita, por un lado, formación técnica y, por otro, compromiso, espacio y tiempo. La formación, para brindar una base sobre la cual sostener lo que hacemos y para hacer un uso eficiente de nuestros recursos terapéuticos.

El compromiso, para establecer una relación donde se logre un efecto terapéutico y no una imposición. El espacio y el tiempo son el encuadre sobre el cual se desarrolla dicho proceso.

Vallejo plantea que dicho encuadre es imprescindible en la psicoterapia grupal. Es el que determina las condiciones que dan estabilidad al grupo. Sin su presencia, se hace imposible el desarrollo y el mantenimiento del proceso. En el mismo, se incluyen márgenes de espacio, tiempo, rol y tarea. Cuando hablamos de espacio, nos referimos al lugar físico, el cual promueve la estructuración del proceso terapéutico y, para su correcto uso, debe ser un elemento estable. El mantenimiento y cuidado de este espacio, habilita a los integrantes a que incorporen el espacio grupal como propio, aprendiendo así a velar por y sostener su existencia. La maduración del grupo se percibe por medio de los distintos momentos que lo atraviesan: se pasa de las resistencias (interrupciones innecesarias, faltas, llegadas tarde, salidas a fumar o “a tomar aire”) a momentos de mayor orden, el cual es logrado gracias a la regulación de los mismos integrantes. De esta manera,

se visibiliza uno de los efectos terapéuticos del grupo: se generan cambios en la conducta y pasan de ser sujetos pasivos del tratamiento, a sujetos activos en su propio proceso.

Estas personas cargan con el peso de su diagnóstico, con el tiempo y el consecuente deterioro que implica su enfermedad, el estigma, el aislamiento y la marginación social. Este conflicto, que termina en la conformación de su identidad en torno al “ser enfermo”, se traduce también en la construcción de un estereotipo. Uno de los objetivos de este proceso terapéutico, es la paulatina deconstrucción de ese estereotipo, permitiendo a los participantes pasar del rol de enfermo (pasivo) al de integrante del grupo (activo), logrando así ser custodios de otros y de ellos mismos.

Como plantean Bauleo y Suárez (2004), es también de vital importancia para un grupo, y parte de su génesis, la definición de su tarea u objetivo. Así, entendemos que no podemos considerar a un grupo como tal sin una tarea que le dé sentido y lo convoque.

Retomando a Vallejo:

La tarea que convoca al grupo (tarea inicial), es el trabajo sobre los trastornos, conflictos y problemas de su vida cotidiana y relacional. Se trata también de aprender a pensar: en ellos, en su realidad concreta, en sus posibilidades de salir de las situaciones de estancamiento (estereotipo). Los integrantes acuden a la terapia cada uno con sus ideas sobre la enfermedad, el tratamiento y la curación. (Pag.336)

A partir del encuadre que facilita la formulación de una tarea, las diversas fantasías de cada miembro se irán poniendo en juego. Las primeras significaciones de la tarea hacen referencia frecuentemente a la enfermedad, también la expectativa de curación, ya sea depositada en el profesional o algo externo a ellos. Situándose así como sujetos dependientes y pasivos; y colocando al profesional como el que tiene que hacerse cargo de la tarea.

Bleger (1977), explica que una vez superada dicha etapa, utilizando el trabajo grupal como vehículo, se va construyendo una tarea en conjunto con los participantes, en un proceso lo menos lineal posible. En algunos momentos, la tarea es hablar de la enfermedad, en otros, pensar sobre sus repercusiones, así como de nuevas tareas o proyectos de vida. Se trata, en definitiva, de abordar las conflictivas desde el “ser persona”, en vez del “ser enfermo”.

En personas tan vulneradas, es importante dar el paso de “ser traídos” al grupo (ser pasivo) a “ser parte” del grupo (ser protagonista, ser activo). Esto se logra por medio del compromiso grupal y el sentimiento de pertenencia. La apropiación de ese espacio les permite, gracias a la seguridad que el grupo inspira, tiene el efecto de sentirlo como un lugar de seguridad donde expresar, manifestar y depositar su locura libremente. Siendo la tendencia al aislamiento y el autismo algunos de los aspectos que más se despliega en el espacio grupal, donde comparten con otros, experiencias, emociones y problemas, el grupo es reconocido por los miembros como uno de los pocos lugares donde se puede hablar de esos temas y, en algunos casos, el único. Se configura un espacio donde se sienten entendidos, no sólo por los terapeutas coordinadores sino, además, por sus compañeros.

Afirmando lo anteriormente mencionado Ana Araujo, Psiquiatra de la sala de rehabilitación del Hospital Maciel y coordinadora del Centro Diurno Sayago refiere; “Desde nuestra experiencia el rol del psicólogo es sustancial en el equipo. Considero que en el abordaje de usuarios con trastornos mentales severos y persistentes, los dispositivos grupales son una herramienta privilegiada”. Sugiere que es en este contexto donde la conformación de un equipo de trabajo heterogéneo en sus disciplinas se hace imprescindible, el conocimiento de la patología grave es fundamental para poder desde el trabajo articulado con técnicos de otras áreas complementarias, construir un ámbito propicio para elaborar estrategias terapéuticas ajustadas a cada persona y cada familia. Son entonces la flexibilidad del rol, ajustada a las necesidades del usuario, en sintonía con el encuadre, desafíos cotidianos.

Quehacer del Psicólogo y que hacer en Rehabilitación Psicosocial

En palabras del Licenciado en Psicología Ignacio Porras, coordinador del Centro de rehabilitación psicosocial Sur Palermo;

“El rol del psicólogo va a estar enmarcado en alguna de las distintas áreas inherentes a la rehabilitación psicosocial, en un concepto amplio, la tendencia será al empoderamiento del usuario y de su familia, favorecer una reorganización personal y familiar, promoviendo y facilitando el surgimiento de inquietudes y aptitudes (nuevas o anteriormente adquiridas) que le permitan a la persona con esquizofrenia ganar en libertad y en una mejor inserción social.”

En esta línea refiere entonces que el psicólogo debe estar preparado, tanto para abordajes grupales (grupos terapéuticos, asambleas, multifamiliares), individuales (entrevistas, seguimiento, psicoterapia), familiares, además de diferentes talleres y organizar el funcionamiento de la comunidad. Asimismo será clave la planificación por parte del mismo, junto con los usuarios y sus familias, de un plan individualizado de tratamiento. Todo esto enmarcado dentro de los principios propios de las comunidades terapéuticas, basados en la democratización, horizontalidad, permisividad y comunidad. En suma el papel del psicólogo es central y requiere las mismas habilidades psicoterapéuticas diversas, y gran flexibilidad para acomodarse al encuadre, el cual es móvil.

Retomando a Vallejos en una primera etapa del proceso de rehabilitación los coordinadores del grupo (psicólogos) deben tener en cuenta la voluntad de quien ingresa para comenzar su proceso, así como su capacidad de comprender y enfrentar situaciones nuevas. Es importante conocer el grado de implicación de su entorno y de su familia. Concretamente, teniendo en cuenta el nivel de cronicidad y la gravedad de la enfermedad, grado de autonomía en la vida diaria, uso del transporte para poder concurrir al lugar asistencial, la aceptación de las relaciones sociales y contacto con otras personas con enfermedad mental grave y crónica.

Se busca además que el sujeto y su familia entiendan qué se pretende y que sus expectativas sean ajustadas, de modo que sean lo más realistas posibles (qué se puede pedir al proceso de rehabilitación y qué aspectos no dependen directamente de éste), buscando lograrse cierto compromiso y motivación por parte de la persona. Se hace entonces hincapié en el control del individuo sobre su propia rehabilitación.

Es necesario conocer de antemano la historia del tratamiento de la persona. En este momento se inicia un proceso sumamente necesario: el de coordinación interinstitucional. Su fin es indagar sobre los objetivos de la derivación y expectativas del usuario y su familia respecto al centro. Es al mismo tiempo tarea de los profesionales del equipo terapéutico, recabar datos biográficos y clínicos, antecedentes psiquiátricos familiares (información que es útil para conocer el contexto de la persona y los apoyos con los que contar a lo largo del proceso de rehabilitación), inicio de la enfermedad (se evalúa cómo se desarrolló el primer brote esquizofrénico), edad de inicio, características del primer episodio, la respuesta de la familia y del entorno. También se estudia la evolución temporal de la enfermedad: curso, número de ingresos y gravedad de los mismos, tipo de diagnósticos recibidos, sintomatología predominante, historia de intentos de autoeliminación y autoagresión, internaciones, tratamientos recibidos, respuesta a los mismos y su adherencia. También se analiza la consciencia de enfermedad, expectativas y el conocimiento que la persona tiene sobre su diagnóstico, síntomas, causas, tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

Es fundamental que los profesionales puedan indagar y conocer las actividades que la persona realiza en la vida diaria, como la higiene personal, hábitos de salud, alimentación, sueño, ejercicio físico, consumo de sustancias, manejo del dinero, capacidades para desplazarse con independencia, comunicación e integración comunitaria. Implica también dar cuenta de las estrategias de afrontamiento, autocontrol y el manejo de las emociones, apoyo del entorno con los que puede contar, así como la toma de decisiones, funcionamiento cognitivo y nivel intelectual. Esta primera evaluación permite identificar los déficit que habrá que reducir, como aquellas fortalezas en las que se puede basar una futura intervención.

En relación a lo mencionado anteriormente Rodríguez, A. (1997) considera que la intervención debe ser planificada entre el usuario y el técnico conjuntamente, acordando un plan flexible e individualizado que tome en cuenta múltiples estrategias e intervenciones. Se deben tener en cuenta las circunstancias y funcionamiento social del usuario, ya que pueden tener gran influencia sobre el cumplimiento terapéutico y la respuesta al tratamiento. El psicólogo debe promover que los usuarios aprendan a reconocer los síntomas precoces de la recaída, para poder evitar o reducir la agudización e internación. Así como dar información acerca de las características de la enfermedad y herramientas para desplegar cuando sea necesario.

En el grupo se manifiesta una tendencia acentuada a mecanismos de escisión. Emergen con frecuencia lo bueno-lo malo; los otros como objetos persecutorios que dañan, persiguen y descalifican. El trabajo del coordinador se centra en percibir e integrar que en ellos esta lo enfermo y lo sano, para luego poder hacerse cargo de sus conflictos, deseos, dificultades de relación y pérdidas, sentimientos, etc.

Junto a la escisión aparece la idealización en muchas ocasiones se suele manifestar en depositar en el terapeuta características omnipotentes, con la expectativa de que el profesional pueda solucionar todos sus problemas.

Teniendo en cuenta esta dificultad a la que los psicólogos se enfrentan en la situación grupal la asistente social Martha Pérez sugiere “El psicólogo que se dedique a la rehabilitación, tiene que además de su formación curricular, tener plasticidad a nivel de su personalidad, para así ir adaptando muchas veces su saber a lo dinámico”.

Vallejos propone que no aceptar este lugar o rol que le adjudican los usuarios será una constante en el trabajo grupal, se debe incentivar a que puedan buscar las respuestas y alivio no solo en el terapeuta sino en los demás compañeros y en el trabajo grupal. Se busca entonces que los integrantes puedan sentir el grupo como un lugar de seguridad, en el que pueden ir depositando y expresando su rabia, odio, rechazo que sintieron o sienten en relaciones significativas a lo largo de su vida. De esta manera se trabaja en controlar estos impulsos destructivos y poder comprobar que estos sentimientos forman parte del mundo afectivo.

Otro factor importante de trabajar en el grupo es la adherencia al tratamiento psicofarmacológico. El hecho de que el mismo este coordinado por un psicólogo y un psiquiatra, favorece la integración del tratamiento psicofarmacológico en el proceso terapéutico. Los participantes aprenden que la medicación es uno de los instrumentos que pueden utilizar en la búsqueda de su mejoría.

Vallejo agrega:

El terapeuta está atento a observar, señalar e interpretar, diversos acontecimientos grupales: las interacciones que se están produciendo, las modalidades relacionales, la evitación de los conflictos, los roles que van asumiendo, o las ansiedades que se manifiestan en los momentos de cambio (es decir, cuando se inicia un pasaje de conductas estereotipadas defensivas a otras más adaptadas a la realidad). Se trata de facilitar un nuevo aprendizaje que remite a un aprender a pensar en ellos, en su subjetividad, en sus conflictos que se están reactivando en la relación grupal con otras personas que comparten con ellos su sufrimiento y deseo de cambio. El rol de coordinador es también facilitar la interacción entre los pacientes, incidir en los obstáculos de la comunicación; analizar las resistencias y transferencias cuando dificultan el proceso terapéutico. (Pag.337).

En la psicoterapia de grupo la transferencia se da no sólo con el terapeuta, sino entre los integrantes y con la tarea. Al ser un grupo donde las identificaciones proyectivas son tan masivas, la coterapia permite un cierto reparto en los roles; y desde lo contratransferencial un cierto alivio. Hay veces en las que uno de los coordinadores está más afuera y otro más adentro del momento grupal. Se permite así un cierto reparto flexible de roles: mientras uno de los coordinadores está más implicado en la coordinación, el otro miembro, mantiene una cierta distancia y mayor posibilidad de observación, que ayuda a la comprensión del proceso. El coordinador, en su relación con el grupo, pone en juego sus emociones, ideología, técnica, sus propios grupos de referencia, etc. Es decir, su contratransferencia, la cual es un instrumento de conocimiento acerca de lo que sucede en el grupo.

La licenciada en Psicología Gabriela Bernadá, tallerista en literatura en el centro Diurno Sayago opina “El psicólogo debe adaptar su rol tradicional e ir descubriendo el que hacer día a día”. Agrega que una de las dificultades con las que tropieza es mantener la distancia optima con los usuarios , dado que se convive durante varias horas del día, Expresa que es altamente positivo el múltiple enriquecimiento que genera el trabajo multidisciplinario en la visión integral de un usuario y en la profesión de cada uno de nosotros.

En síntesis forma parte de las funciones del coordinador posibilitar que los integrantes del grupo puedan ir aprendiendo a conocer cómo sus experiencias internas invaden y distorsionan la realidad y sus relaciones. Se incide en la interpretación en el aquí y ahora de cómo se ponen en juego los mecanismos primitivos de defensa (escisión, negación, proyección, etc.), favoreciendo el funcionamiento del yo y la integración de lo escindido y disociado. Así de esta manera se trata de que puedan incorporar a su mundo interno nuevas experiencias de aprendizaje y cambio.

Reflexiones:

En síntesis considero interesante -desde el Rol del Psicólogo- pensar en las dificultades de hacer de un Servicio de Salud Mental, un equipo coordinado y cohesionado , donde el trabajo multidisciplinar y la figura del Psicólogo en dicho equipo es imprescindible en la tarea terapéutica de las personas psicóticas con patologías severas , con un alto nivel de sufrimiento y desajustes sociales. Los mismos requieren de una atención y un acompañamiento que no reproduzca aquello que queremos tratar: la escisión, el aislamiento, la confusión y la indiscriminación-desde la mirada de una única disciplina- sino que se considera necesario que los profesionales de la salud trabajen en conjunto, creando una red de apoyo con un objetivo en común; Avanzar hacia la recuperación de la persona en su autonomía, capacidades y su potencial de salud.

Así mismo este proceso y camino recorrido a través de la bibliografía y aproximación a los diferentes Centros de Salud Mental, me permitió dar cuenta que los profesionales de la salud tenemos responsabilidad de una parte importante en el desarrollo, afianzamiento y evaluación en el tratamiento y rehabilitación de las personas con trastornos mentales graves. Considero que el psicólogo en este campo de trabajo no tiene una función específica, sino que nuestra formación nos habilita a desarrollar distintos tipos de funciones, privilegiando el poder tener una mirada desde la salud, descentrando la enfermedad, pudiendo trabajar y valorar el potencial de la persona , sus recursos más sanos y posibilidades para mejorar su calidad de vida.

A su vez entender la enorme complejidad del tratamiento que se compone de psicofarmacología, intervención psicológica y social desde el punto de vista interdisciplinar, sumado a la complementariedad de enfoques y profesionales que pueden hacer realidad y eficaz la rehabilitación psicosocial.

Debemos tener en cuenta que la Rehabilitación Psicosocial es un concepto y un campo de trabajo relativamente nuevo, que ha ido ganando un lugar específico y un papel cada vez más relevante en la atención integral a las personas con trastornos graves y en especial a las personas con esquizofrenia. , por esta razón los psicólogos que trabajamos en rehabilitación, debemos aprender un rol que no nos enseñaron, integrar la mirada psicológica con la social y explotar la capacidad de adaptar técnicas de abordaje diversas.

Por último, es importante la existencia de un modelo de referencia teórico de trabajo con una filosofía del cómo hacer las cosas, como lo es el abordaje de Comunidad Terapéutica en el Uruguay. Dentro de este marco de trabajo, el psicólogo desempeña un rol técnico de convivencia que no es intrínseco a la formación académica, donde se trabaja codo a codo con el usuario, pudiendo presentar dificultades el tener que internalizar lo que va sucediendo día a día y lograr mantener una distancia en la cercanía, poder ser realmente un facilitador de cambios y saber hasta donde uno puede y debe intervenir, en correspondencia de conocer hasta donde esa persona puede llegar.

Por otra parte considero que la modalidad terapéutica de psicoterapia grupal se muestra efectiva para que los sujetos puedan descentrarse del rol de enfermos y del estigma, permitiéndoles ser más activos y protagonistas en su proceso terapéutico. Teniendo siempre presente que la vida está por fuera de los Centros de Rehabilitación y tiene sus dificultades. Para ello es que tenemos que trabajar día a día. Teniendo bien presente que las instituciones son un lugar de pasaje y un proceso por el cual la persona transita en búsqueda de una mejor calidad de vida.

Por último pienso que para poder cumplir con las metas que la rehabilitación se propone en nuestro país, dependen en gran medida de la motivación, actitud, compromiso, formación constante, expectativas que los profesionales podamos mantener, y el compromiso activo con la Rehabilitación, siempre priorizando una actitud de respeto al enfermo mental como ciudadano de pleno derecho y confianza en sus posibilidades y potencialidades de mejora e integración.

Bibliografía

- Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial 1997. *“Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR / WHO”*. Referencia en línea: http://www.wapr.info/World_Association_for_Psychosocial_Rehabilitation_WAPR/Documents_files/WHO_WAPR_Declaracion_de_consenso_esp.pdf.
- 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.
- Bion, W.R. 1987. *“Aprendiendo de la experiencia”*. México. Paidós.
- Bleger, J. 1977. *“Temas de Psicología. Entrevista y grupos”*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- De León, G. Director del centro de investigación en comunidad terapéutica de NIDA. (National Institute on Drug Abuse www.drugabuse.gov). USA (Video): <https://www.youtube.com/watch?v=tB8oiadOglg>
- Del Castillo, R., Pardo, V. 1996. *“Rehabilitación en una comunidad terapéutica”*. Montevideo.
- Del Castillo, R., Villar, M., Dogmand, 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.

- 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.
- Grupo de Familiares La esperanza. 2000. *“La Esquizofrenia. Información para Familias, División de Salud Mental”*, OMS, Ginebra.
- Jones, M. 1963. *“Más allá de la Comunidad Terapéutica”*, Buenos Aires.
- Lemos, S. (1986). *“Esquizofrenia ¿Enfermedad crónica?”*. Estudios de psicología. Universidad de Oviedo.
- Moffatt, A. (1974). *“Psicoterapia del oprimido”*. Buenos Aires: Librería ECRO S. R. L
- Organización Mundial de La Salud , 2006. Referencia en línea:
<http://www.who.int/features/qa/43/es/>
- Otero Virginia, 2003, *“Rehabilitación de enfermos mentales crónicos: evaluación de objetivos”*, Ed.Ars Medica.
- Pardo, V. (2003). *“Pautas actuales del tratamiento de los trastornos psicóticos”*. Revista de Psiquiatría del Uruguay.
- 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 N° 1 Agosto 2007|página 83
- Pichon Rivière, E. 1978. *“El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social”*. Buenos Aires.

- 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.
- Sivori.E . 2014.*linefop Inedicto*
- Techera, A., Apud.I. , Borges, C. 2007, *“La Sociedad del Olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay”*. CSIC.
- 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.

ANEXOS

Entrevistas a referentes en salud mental en rehabilitación psicosocial

- 1) Que piensa sobre el papel de la psicología en la rehabilitación psicosocial de la persona con esquizofrenia, en el marco de comunidad terapéutica?

Psic. Pablo Castagnetto (Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica. "Dr. Alberto Martínez Visca". Centro de Rehabilitación Psicosocial C.I.P.R.E.S):

Considero que la Psicología se trata de una disciplina imprescindible para la comprensión de los procesos de salud-enfermedad en sus dimensiones individuales, grupales y familiares .

Licenciada en Psicología, Tallerista de Literatura. Gabriela Bernarda (Centro Diurno Sayago).

Dentro de la comunidad terapéutica el psicólogo debe adoptar su rol tradicional e ir descubriendo el que hacer día a día. Una de las dificultades con las que tropieza es mantener la distancia óptima con los usuarios, dado que se convive durante varias horas del día. Es altamente positivo el múltiple enriquecimiento que genera el trabajo multidisciplinario en la visión integral del usuario y en la profesión de cada uno de nosotros.

Lic. En Trabajo Social, Martha Pérez (Centro Diurno Sayago).

Desde el punto de vista de la concepción de Comunidad Terapéutica (como trabajamos en el centro Diurno Sayago) pienso en la disciplina en forma integrada, desde la Multidisciplina, ya que en la variedad de las intervenciones es así como se trabaja, (desde lo grupal a lo individual). La psicología va aportando su mirada y que hacer profesional hacia el todo.

Queda claro las diferencias que hay en el trabajo en este tipo de instituciones con (Hospitales, Centros de Salud, Policlínicas, consultorios) desde donde el encuadre es más pre-establecido y pre-asignado.

- 2) Que podría decir sobre el rol del psicólogo trabajando con personas con esquizofrenia en ese marco?

Dra. Ana Araujo. Psiquiatra (Sala de Rehabilitación Hospital Maciel, Coordinadora Centro Diurno Sayago).

Desde nuestra experiencia el rol del psicólogo es sustancial en el equipo. Considero que en el abordaje de usuarios con trastornos mentales severos y persistentes, los dispositivos grupales son una herramienta privilegiada.

Es en este contexto donde la conformación de un equipo de trabajo heterogéneo en sus disciplinas se hace imprescindible. El rol del psicólogo cobra un pilar fundamental. El conocimiento de la patología grave es fundamental para poder desde el trabajo articulado con técnicos de otras áreas complementarias, construir un ámbito propicio para elaborar estrategias terapéuticas ajustadas a cada persona y a cada familia. La flexibilidad del rol ajustada a las necesidades del usuario y en sintonía con el encuadre institucional son desafíos cotidianos

Psiquiatra Pablo Castagnetto (Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica. "Dr. Alberto Martínez Visca". Centro de Rehabilitación Psicosocial C.I.P.R.E.S):

Que desempeña un rol fundamental en el tratamiento integrado de Salud que desde el abordaje multidisciplinario se pretende ofrecer a los usuarios y familiares. Que el rol es imprescindible que contemple el aprendizaje continuo que representa la gestión en dicho marco. Así como la fundamental capacidad de trabajar en equipo.

Licenciada en Psicología, Tallerista de Literatura. Gabriela Bernarda (Centro Diurno Sayago).

En la comunidad terapéutica el psicólogo cumple un rol dinámico y versátil. Coordina asambleas terapéuticas, talleres, asambleas, con familiares, entrevistas individuales y familiares. Comparte al igual que todos los técnicos que integran el equipo, los espacios cotidianos del funcionamiento de la casa.

Lic. En Trabajo Social, Martha Pérez (Centro Diurno Sayago).

Si vemos el trabajo de la Rehabilitación amplifcamos el espectro y más allá de la concepción clásica, su rol aporta contención, comprensión e iniciativa terapéutica en las diferentes actividades y propuestas tanto en la individualidad como en lo grupal , no dejando de lado su participación en la comunidad

El Psicólogo que se dedique a rehabilitación, tiene que además de su formación curricular, tener plasticidad a nivel de su personalidad, para así ir adaptando muchas veces su saber a lo dinámico.

Entrevista con Rene de Castillo (Licenciada en Psicología y Directora del Centro de Rehabilitación Psicosocial Sur Palermo).

¿Qué podría decir del rol del psicólogo en el trabajo con personas con esquizofrenia, y la importancia del trabajo en comunidad terapéutica?

El psicólogo dentro de una comunidad terapéutica, en un equipo interdisciplinario, con distintas profesiones puede aportar su mirada, desempeñando roles múltiples, desde la coordinación de grupos, talleres como por ejemplo plástica, cocina, etc., hasta la intervención en lo cotidiano como los espacios informales de patio, pasillo, etc., como un “multifunción”. Se aporta desde la creatividad siempre teniendo en cuenta a la persona desde la singularidad, más allá del trabajo grupal, cada persona es diferente, lo que probaste en una, no sirve para otra.

Sirve para la experiencia y el enriquecimiento personal. Así como también conocer en que se puede ayudar y cuando la persona se puede sentir invadida, y tener cuidado con las expectativas que ponemos en la persona y no sobre proteger, ya que estaríamos reforzando el estigma.

Está claro que si no queremos y amamos lo que hacemos, no podemos trabajar, pero aquí es donde debemos tener cuidado con la subjetividad.

Otro rol fundamental del psicólogo es el trabajo en red, con la familia, con las instituciones, para poder reconstruir y construir la historia de esa persona, que a causa de la enfermedad tuvo un corte, un vacío en su vida. El psicólogo es como “su memoria”, “su tejido”, ayuda a tejer lo deshilvanado, hasta que la persona se empieza a apoderar de su propia psiquis.

Es un trabajo que uno nunca termina de aprender, es un día a día. Es sumamente importante nutrirse de otras disciplinas y trabajar de manera multidisciplinaria, apostando y luchando por nuevas oportunidades, además de una reinserción digna de la persona y creer en sus derechos como ciudadano.

Entrevista con Ignacio Porras (Licenciado en Psicología y Coordinador del Centro de Rehabilitación Psicosocial Sur Palermo).

1) Que piensa sobre el papel de la psicología en la rehabilitación psicosocial de la persona con esquizofrenia, en el marco de comunidad terapéutica?

El rol del psicólogo va a estar enmarcado en alguna de las distintas tareas inherentes a la RP. En un concepto amplio, la tendencia será al empoderamiento del usuario y de su familia, favorecer una reorganización personal y familiar, promoviendo y facilitando el surgimiento de inquietudes y aptitudes (nuevas o anteriormente adquiridas) que le permitan a la persona con esquizofrenia ganar en libertad y en una mejor inserción social.

En esa línea, el psicólogo debe estar preparado para abordajes individuales (seguimiento, psicoterapia), familiares (seguimiento, psicoterapia) y grupales (grupos terapéuticos, asambleas, multifamiliares). Asimismo, será clave la participación del psicólogo en delinear la estrategia para lograr el cumplimiento del plan individual. Ocasionalmente, otras habilidades le pueden ser requeridas al psicólogo, como la de realizar un taller, organizar el funcionamiento de la comunidad.

Todo esto enmarcado dentro de los principios de democratización, horizontalidad, permisividad y comunidad, propios de las comunidades terapéuticas.

En suma, el papel es central al tiempo que requiere del psicólogo habilidades psicoterapéuticas diversas y gran flexibilidad para acomodarse al encuadre, el cual es móvil.

2) Que podría decir sobre el rol del psicólogo trabajando con personas con esquizofrenia en ese marco?

Lo fundamental, para el psicólogo es la flexibilidad a la que hacíamos mención, como también la posibilidad de ayudar al otro a organizarse y motivarlo en la búsqueda de su sentido de existencia.

No hay que perder de vista, que se requiere un entrenamiento técnico específico, que es difícil de anticipar desde el estudio académico. Las situaciones son siempre diferentes y hay que tener una postura altamente analítica, pero que al mismo tiempo no deje de ser operativa y en algún momento inclusive directiva.

A mi entender, más que en otros campos, en éste, la experiencia de los años, cuando se aprovecha es lo que marca la diferencia. La experiencia clínica en el trabajo con personas con trastornos mentales severos es difícil de transferir a otros técnicos, tiene mucho de experiencia infable para el técnico.

También considero, que el rol implica una participación bastante activa, ya que en la gran mayoría de situaciones la persona llega como objeto de consulta y con baja conciencia de enfermedad, lo cual sumado a las propias características psicopatológicas, pueden ser verdaderos obstáculos para fijarse y llegar a cumplir los objetivos de un plan individual.

Por último, debemos también poner énfasis en el desgaste que este tipo de campo de la psicología parece generar en muchos psicólogos. Esto, no debe ser desatendido, ya que el trabajo en esta línea necesariamente demanda mucha energía puesta, mucha frustración y mucha claridad mental a toda hora.