



Trabajo Final de Grado

Guía didáctica para referentes que conviven con personas en situaciones de riesgos psicológicos.

Reconocimiento, consulta, duelo-aceptación, tratamiento-medicación, crisis, internación y rehabilitación.

José Correa Nuñez

4.812.911-7

Tutora: Mag. Psic. Cecilia Baroni

Facultad de Psicología, Universidad de la República

30 de julio del 2016, Montevideo.



Índice

• Resumen	3
• Introducción	4
• Reconocimiento de que algo anda mal	7
• Comprendiendo por qué los llamamos trastornos mentales y cómo los reconocemos	8
• ¿Por qué consultar a un profesional de la salud?	13
• El duelo con respecto a la nueva realidad y la aceptación de la misma	16
• Algunos conceptos teóricos importantes respecto a los trastornos mentales	20
• ¿Cómo se identifican algunos delirios?	22
• ¿Qué son las alucinaciones?	24
• Síntomas positivos y negativos	24
• Tratamiento y medicación	26
• Informaciones sobre posibles Crisis	28
• Consideraciones para una internación	29
• Reconstruyendo su proyecto de vida	32
• Bibliografía	36



Resumen

Esta guía está orientada a brindar apoyo a los referentes, entendiendo la necesidad que tienen los mismos de comprender la situación cuando se enfrentan a una persona de su entorno que tiene actitudes muy distintas y persistentes en la convivencia. Se procura contemplar estas situaciones y ayudar a reformular la presentación desde el núcleo de referencia a los diferentes vínculos sociales. De esta forma se acompaña el proceso de tratamiento de la persona, involucrando a los referentes y fomentando la participación del entorno en su totalidad, así se generan nuevas formas de adaptación al estilo de vida habitual, considerando participaciones que contemplen el sufrimiento subjetivo.

En la misma se destacará la importancia de poder expresarse; saber que como referentes tienen la oportunidad de ejercer la escucha, desde una posición afectiva e involucrada en todo el proceso que se desarrollará a partir de los primeros síntomas.

Palabras Claves: Guía, Trastornos mentales, Referentes.



Introducción

Esta guía, realizada desde una perspectiva psicológica, va a contemplar las temáticas relacionadas al proceso de salud y enfermedad, el cual se desarrolla en distintas etapas a partir del momento que la persona empieza a sentirse “enferma”. Se pretende profundizar acerca de lo que implica dicho proceso, qué entendemos por trastorno, por la idea de ser paciente, así como actuar desde el lugar de los referentes.

Es muy importante conocer estas etapas y esta guía pretende brindar un acercamiento a las posibles preguntas en lo que sería un primer síntoma. Se va a basar en el modelo médico hegemónico, que desde la psiquiatría y también la psicología para trabajar las posibles respuestas a esos síntomas toman al manual de psiquiatría (DSM-V).

El primer paso necesario en este proceso de salud-enfermedad es el **reconocimiento** de que algo anda mal, esto hace que se pueda reconocer y detectar de qué forma se expresa o expresan esos malestares o padecimientos, ya que nos damos cuenta que existen situaciones que no nos parecen comunes en la persona que convivimos.

Realizar una **consulta** a profesionales de la salud es una nueva posibilidad a estos cambios que se vienen notando, es sumamente relevante tener la oportunidad de comprender lo que está pasando y dejar más clara la situación. La información especializada y adecuada va a calmar inquietudes, dando nuevas posibilidades a partir de ese momento en que se logra comprender más al respecto de los padecimientos de la persona.

Existe un **duelo y una aceptación** en este proceso, pero es necesario como referentes comprender la nueva situación del integrante, buscar formas de contemplar la misma y a pesar



de las dificultades que surjan, aceptar que estará condicionado por diferentes sentidos, lo que no le va a permitir actuar de la misma manera.

Durante este proceso es necesario comprender cómo se da una **crisis**, en este período la persona que padece está totalmente inestable emocionalmente y su punto de vista hacia la realidad es otro, muy distinto al nuestro o al que tenía el/la mismo/a antes de estar en este estado, por eso se dice que cuando un paciente sufre una crisis tiene una ruptura con la realidad; es importante obtener una postura de acompañante durante ese proceso.

En este proceso es imprescindible realizar un **tratamiento** apropiado, existen determinados pasos a cumplir para poder llevarlo a cabo eficazmente. En algunos casos la **medicación** tiene un nivel elevado de importancia, por esto es de suma relevancia atender a estos aspectos desde diferentes posturas.

Cuando se realiza algún tipo de **internación**, esta puede ser una de las situaciones más complejas a enfrentar, porque implica la voluntad o no de la persona que padece, pero a pesar de esto hay que tener presente que es favorecedor y se debe buscar siempre su participación, por ser parte de un proceso que él/la misma/o está viviendo.

Otra etapa es **recomponer su proyecto de vida**, con diferentes alternativas para la mejora de la calidad de vida de la persona que tiene un padecimiento psíquico y a su vez como referentes involucrados en los posibles cambios, también como posibilitadores en las interacciones sociales que se puedan ir dando.

Se procura que los referentes cuenten con el material como apoyo, pero principalmente como una guía para la indagación de información al respecto de la situación, comprendiendo la importancia de conocer en su totalidad las diferentes estrategias para convivir con la persona y



los aprendizajes positivos que surgen mediante un proceso de superación de estilo de vida con la persona afectada.

Se pretende que los referentes puedan actuar, en aquellas situaciones donde la persona que padece no puede hacer determinadas cosas de forma autónoma, actuando como alguien que realiza un equilibrio entre la persona que padece y la realidad. Se entiende que a veces los referentes no saben cómo hacer y se sienten desbordados, o que no encuentran salidas ni respuestas a lo que está pasando. Ante esta situación es importante no perder de vista que la persona que padece es quien realmente lo sufre y quienes cuentan con la posibilidad de ponerse en el lugar del otro son aquellos que conviven, pero no padecen, entonces ante esta posibilidad es importante lograr adaptar y adaptarse a esa nueva realidad.

Se espera brindar información general con respecto a las diferentes maneras de manejar las situaciones que puedan ocurrir. Esto implica tocar temas como el miedo de los referentes en situaciones de crisis, la poca información y la medicalización entre otros temas.



Reconocimiento de que algo anda mal...

Reconocer que una persona está diferente es parte de un proceso dinámico que implica conocer, desconocer y luego reconocer, porque justamente reconocemos a alguien cuando lo conocemos, y nos parece un desconocido cuando no reconocemos a la persona que conocemos, cuando existen actitudes que podríamos pensar como extrañas en la misma. El desconocimiento se puede dar por completo o quizás ya conocíamos a esa persona, pero ha cambiado, lo que nos lleva a reconocerla. Esto se puede relacionar a personas que sufren algún tipo de padecimiento psíquico, las volvemos a reconocer en su estado actual con las diferentes características.

Es importante como referentes observar cómo funcionaban y cómo funcionan, para que se pueda dar el reconocimiento en sí. Luego la adaptación y el acompañamiento en esa situación novedosa para los referentes y el nuevo funcionamiento que van necesitar, quizás acá surjan diferentes roles o haya intercambios de los mismos.

Para comprender por qué se está usando determinados términos con relación a la locura, se va a hacer un paneo muy breve de cuales se usaban antes y cómo se llega a la terminología actual. A lo largo de la historia han existido diversas concepciones de la locura, dependiendo del momento histórico en que nos posicionamos. Si hablamos de períodos históricos como la antigüedad y edad media, se visualiza una estrecha relación entre locura y religión, condicionando modos de relacionamiento, formas de inclusión y exclusión.

Si nos situamos desde la modernidad resulta relevante destacar el ingreso de la medicalización, lo que permitirá concebir la locura desde un nuevo punto de vista, fue a partir de ese punto que se permitió pensar a la locura como curable, lo que implicó tratar al loco como “enfermo mental” en una institución de encierro.



Desde ese período se comienza a utilizar tratados de psiquiatría para diagnosticar las “enfermedades mentales”, en la actualidad posmoderna basándonos en el último tratado de psiquiatría (DSM-V) se trata de una nueva nominación, siendo ésta la de trastorno mental para los diferentes padecimientos. Este tratado de psiquiatría brinda una mirada y hace un abordaje sobre la problemática centrada en lo que se conoce como síntomas y en el alivio o desaparición de los mismos.

Según Berrios (2011):

(...) los SM [síntomas mentales] representan tanto los indicadores de la enfermedad como la enfermedad misma. (...) Los SM se pueden dividir en: (a) afecciones subjetivas (por ejemplo, sentirse ansioso, deprimido, irritable, escuchar voces, etc.), y (b) signos y comportamientos determinados por los clínicos por medio de la observación o de instrumentos (por ejemplo, delirios, trastorno del pensamiento, retraso psicomotor, déficit cognitivo, desinhibición, apatía, etc.). (p.165)

De acuerdo a este mismo autor la suma de los síntomas mentales da forma a los trastornos mentales (Berrios, 2011, p.153), como se enuncian en las clasificaciones de psiquiatría. También se puede dar una lucha entre las expresiones instintivas y la manera de reprimir las mismas, lo que conforma los síntomas. De esta forma se da una adaptación al síntoma que actúa como impedimento a la situación que la persona tiene miedo a enfrentar.

Comprendiendo por qué los llamamos trastornos mentales y cómo los reconocemos

¿Por qué le llaman trastorno mental? Porque invaden al ser humano diferentes fenómenos característicos de una enfermedad y estos fenómenos van a determinar una situación que altera la personalidad. Influyen directamente en el estado cognitivo, en el



comportamiento y regulación emocional de la persona; a estos cambios de comportamientos los llamaremos síntomas, que se irán reflejando en los procesos psicosociales del individuo.

Entonces, **¿Cómo reconocemos un trastorno mental?** quizás sea una de las preguntas más inquietantes como referentes ante la duda de este padecimiento. En sí al trastorno mental específicamente no lo vamos a reconocer, cuando somos totalmente ajenos, es decir no contamos con las herramientas teóricas suficientes para reconocer, pero afortunadamente existen especialidades que lo pueden hacer y tratar.

Como se viene desarrollando, el reconocimiento parte de identificar determinadas características y estas en el caso de los trastornos mentales las llamaremos síntomas. Estos se reconocen porque alteran el desarrollo intelectual de la persona, así como también el estado de ánimo y su comportamiento frente a las normas establecidas por una sociedad.

Se trata de la modificación del comportamiento humano en alguno de estos aspectos, los cambios más probables a ser observados son la irritabilidad, agresividad, aumento o disminución del sueño (quizás apegado a lo que son los dolores físicos que pueden surgir), cambios de humores muy frecuentes, cambios de apetito, deterioro de la higiene personal, miedo, tristeza, problemas de concentración, aislamiento social, alteración de la sensibilidad, creencias que no son comunes o exageraciones de poderes personales, entre otros. Uno o dos de estos síntomas no estarán determinando un trastorno mental, pero sí lo serían cuando una persona experimenta varios de estos síntomas juntos y es necesario que consulte con un profesional en salud mental, dado que estos síntomas hacen sufrir a la persona.

Los síntomas no sólo cambian el comportamiento del sujeto, sino que cambian la posición de sus propios sentimientos frente a otros y con otros, se estarán modificando las interacciones



sociales. Aquí es cuando el reconocimiento de estas actitudes debe ser claro para el entorno que convive con la persona, porque son quienes transcurren todo el proceso del sujeto y por eso pueden permitir la eficacia de un tratamiento temprano.

“Cuando una persona dentro de un grupo familiar cambia, se enfrenta al sistema, lo contradice con su conducta, se autodependiza de él... altera el sistema y provoca el conflicto” (Maganto, 2004, p. 3).

En relación al reconocimiento, como referentes existen diferentes aspectos para atender de esa persona que puede estar sufriendo un padecimiento psíquico, uno de ellos es tener en cuenta la franja etaria de una persona, porque si hablamos de cambios de humores, agresividad e inestabilidad emocional, entre otras características, en los adolescentes esto es esperable y no necesariamente se está enfrentando a un trastorno.

Cuando el sujeto percibe los cambios que se están generando se puede enfrentar a diferentes sentimientos, donde es probable que surja la resistencia y la negación al reconocimiento de lo que está pasando. Es importante como referentes, considerar las diferentes subjetividades, porque cada situación recorre un proceso característico de su realidad y cada persona se enfrenta de forma distinta a la misma y su vez reacciona diferente.

Como referentes deben saber que es y para qué sirve un diagnóstico, Muniz (2003) lo define como “aquellas intervenciones en las cuales para responder a la interrogante inherente a toda consulta resulta necesario profundizar en el funcionamiento psíquico del sujeto”.



Fernández (1987), considera que un diagnóstico hace referencia a “mirar, conocer, a través de”, con esta forma de diagnosticar se puede pensar la mirada y la importancia como referentes, permitiendo tomar en cuenta diversos aspectos que se salen de la individualidad de la persona que padece.

En relación al diagnóstico es importante comprender la configuración del mismo, que es solamente un nombre a esos síntomas y que inclusive puede haber más de un diagnóstico, por error o porque son síntomas característicos de más de un trastorno y generan confusiones al momento de determinar cuál sería su padecimiento psíquico.

El diagnóstico sirve para el profesional, como parte de un proceso de indagación acerca de la “enfermedad”, pero el proceso estará más dirigido y relacionado a tratar y atender a los síntomas que al diagnóstico en sí. Considerando las diferentes posibilidades que puede tener una persona afectada, indagando sobre los distintos tratamientos que acompañan y contemplan a esa persona, calmando esos síntomas mediante el proceso de intercambio con el profesional y los referentes.

Es sumamente importante que quienes interaccionan con la persona diagnosticada, comprendan la vivencia del mismo/a. Ese entorno debe encontrarse informado por parte de él o los profesionales tratantes, para lograr entender esa vivencia y así convivir, hablar, compartir, conocer a la persona y además así se podrá reconocer algunas “palabras” o “conceptos”, posibilitando el actuar desde un lugar distinto, permitiendo reconocer y entender reacciones o hábitos de la persona que padece los mismos. Un ejemplo de esto puede ser que la persona le dice que escucha voces, “me hablan y me dicen cosas feas, que haga cosas...” ante esto el profesional dirá que uno de los síntomas presentes es la alucinación. Es importante recordar



que por lo delicado de las situaciones no es bueno enfrentar a la persona y tratar de convencerlo de algo, ya que para aceptar esto requiere su tiempo.

Es relevante como referentes entender, que desde una posición de aceptación se está posibilitando actuar desde una postura beneficiosa, para romper con el estigma que se genera en la sociedad, de esta forma se está dando la oportunidad a la persona de estar contemplada en su primer círculo de relaciones, más allá que en otros contextos se pueda enfrentar a diferentes situaciones.

Establecer un vínculo con el profesional tratante o el equipo de salud hace parte de la búsqueda de información adecuada, lo que favorece el entendimiento sobre lo que pasa y así comprender la significación de los síntomas, como también qué se puede hacer para ayudar en el desarrollo y tratamiento de la enfermedad. Desde la psicología existen diferentes formas de abordar y tratar la situación, se va a tener en cuenta muchos factores influyentes para la persona que puede estar con un padecimiento mental (siendo uno de los más importantes su entorno), así como también se puede a través de distintas técnicas contribuir con el diagnóstico.

Por su parte Bock y Aguiar (1995) indican que el psicólogo es un profesional que debe trabajar en la promoción de la salud, superando la práctica de prevención. La American Psychological Association (APA) destaca como atribuciones del Psicólogo de la Salud las siguientes:

1. La identificación precoz de personas en situación de riesgo, definido en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.
2. El desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales normalmente se somete al individuo.
3. La investigación, la comprensión y la intervención en factores que permitan una buena calidad de vida en personas portadoras de enfermedades crónicas.



4. La necesidad de realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario y de la salud pública.

5. La necesidad urgente de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global.

Por lo tanto, es innegable la aportación que el psicólogo como profesional y la Psicología como ciencia tienen que ofrecer a las cuestiones cotidianas que involucran a individuos, comunidades y sociedades en la búsqueda del tan deseado bienestar biopsicosocial. (Sebastiani, R., Pelicioni, M. y Chiattonne, H. 2001, 158-159)

En relación a todos estos puntos que se nombraron como aportes del psicólogo; justamente esta guía apuesta a aspectos como los de investigación, comprensión e intervención, desde diferentes ámbitos, para contribuir con el aprendizaje propio y para que en base a las diferentes informaciones que se van plasmando, pueda ser de utilidad en la mejora de la calidad de vida de las personas y que haya un entendimiento global de lo que son los padecimientos mentales.

En cuanto al sondeo de información es importante que esté apegado a profesionales de la salud y nunca a la indagación masiva de internet, considerando que existen muchas páginas que manejan esa información, pero no todas son correctas y para aquel que está alejado a la temática, identificar la adecuada no es lo esperable. Por eso la importancia de la apropiación y reflexión con profesionales de la salud sobre la debida información. En esta línea se puede colaborar calmando ese vínculo diferente que se está dando al momento y no revolucionando aún más, pudiendo generar otras enfermedades perjudiciales como el estrés, que a su vez estaría siendo un acelerador de los síntomas.

¿Por qué consultar a un profesional de la salud?

Todos los aspectos que se van nombrando son parte del proceso salud-enfermedad. La búsqueda de un profesional también requiere de información, los referentes deben indagar en



conjunto con la persona que quiere consultar, con respecto a quién recurrir e involucrando a la persona que padece en diferentes decisiones del proceso de su tratamiento, saber que es uno de sus derechos elegir con quién atenderse.

El profesional de la salud debe brindar información completa sobre el proceso que comienza y los pasos a seguir. En caso de no quedar claro, permitirse remarcar la duda hacia la explicación del profesional y si requieren medicación, exigir información sobre la misma y los efectos que causa. Estas instancias no deben ser pasados por alto, pueden darse por parte del profesional, pero cuando no se dan las debidas explicaciones, el/a acompañante referente y el/la consultante, deben saber cuáles son sus derechos para poder exigirlos, como por ejemplo un dialogo claro con el profesional.

Estos aspectos forman parte del derecho del usuario de la salud y el acompañamiento es muy importante para recoger toda la información posible. Un punto muy importante a observar como referentes son los efectos de la medicación, se debe tener en cuenta que quien realmente los siente es la persona que padece, es por esto que debe ser escuchada luego de ser medicada. Como referentes luego de tener claro los efectos de la medicación en la persona que padece, en conjunto, pueden reflexionar y repensar con los efectos que había previsto el profesional.

Cuando no estén de acuerdo o que permanezcan con algunas dudas al respecto, exigir otra instancia y aclarar los efectos vividos por la persona luego de ser medicada. El/la acompañante puede recurrir nuevamente en caso de aquellas personas que no quieran tomar la medicación, consultar sobre particularidades como ésta. Puede que esto requiera de derivaciones a otros profesionales de la salud mental, pero serán de ayuda para el proceso del tratamiento.



En relación al acompañamiento, como referentes, la contención y a lo que respecta a la persona que puede estar con algún padecimiento mental, a todo esto, es sumamente positivo poder contemplarlo con un acompañamiento psicológico, necesario en cuanto al tratamiento médico y las demás disciplinas que estén involucradas en el proceso. Para poder generar una atención específica a los diversos aspectos subjetivos que antes planteamos, los cuales pueden ser propuestos desde los referentes inclusive, pero así observados y tratados desde diferentes puntos, permitiendo desarrollar expresiones que surgirán en los intercambios con los referentes, el consultante y el equipo interdisciplinario involucrado.

Grau (1997) señala que la Psicología de la Salud es la especialidad de Psicología que interviene en todas las cuestiones que involucran a las interacciones salud-enfermedad. Buela-Casal (1999) afirma que el psicólogo de la salud es un profesional que puede trabajar en ámbitos tan diversos como el tratamiento psicológico de trastornos orgánicos, en colaboración con tratamientos médicos para diversos trastornos, incluso en la planificación y adherencia al tratamiento, programas de prevención de trastornos orgánicos y psicológicos y, por consecuencia, en la promoción de conductas saludables.

Atender a la subjetividad de la persona que está padeciendo y no quedarse solamente en el tratamiento médico es muy importante. El psicólogo además de escuchar y trabajar en conjunto con la persona, va a realizar diferentes intervenciones, como por ejemplo trabajar y fortalecer determinados aspectos con los referentes y la persona que padece. Esto le brinda otra posición al que padece y le permite desarrollar nuevas actitudes, motivando y contemplando el tratamiento médico desde otro punto.

Si como afirman los psiquiatras (apoyados con mucho poder por la industria farmacéutica) los síntomas subjetivos del malestar psíquico son enfermedades como las demás, los valores que se han propuesto desde salud mental perderían su sentido. Si esta ideología triunfa, entonces



estos malestares deberían ser atendidos por los médicos psiquiatras o neurólogos, no por equipos de distintas disciplinas, con intervenciones de tipo psicosocial, y con participación de quienes padecen el trastorno, su familia y la comunidad. (Galende, E. 2008 p.25)

Escuchar el pensamiento de la persona resalta diferentes aspectos, entre ellos está el enfrentamiento al padecimiento psíquico. Asimismo, surgirán expresiones que van a permitir su reconocimiento, pero la escucha de los referentes hacia sus razones de comportamientos permite el desarrollo de un proceso, que comienza posibilitando el derecho a la expresión de sentimientos. En estas instancias el acompañante terapéutico no solo está capacitado para identificar y calmar síntomas, sino también para trabajar en y con la situación global del entorno de la persona que padece, en estos aspectos pueden ser esenciales las diferentes herramientas técnicas para la contención grupal.

El duelo con respecto a la nueva realidad y la aceptación de la misma

El proceso de aceptación de la enfermedad y la forma en que cada miembro de la familia se involucra en el tratamiento del paciente son distintos, según el tipo de relación que se mantiene con el enfermo y la forma de afrontar la situación. (Budd R, Oles Gm, 1998, p. 304-309).

La aceptación de la “enfermedad” para los referentes, así como para el integrante que padece un trastorno mental, es en el proceso uno de los pasos más importantes. Porque determina las posibilidades que existen para estas personas y los diferentes procesos que surgen mediante el interés, a medida que se va profundizando en relación al avance del paradigma de salud mental.

“El cambio de paradigma en el entendimiento de la salud mental, ha posibilitado profundizar en los abordajes psicosociales, integrando a familia y comunidad en las estrategias de rehabilitación” (Del Castillo, Villar y Dogmanas, 2011, p. 83-96).



La experiencia de enfrentar el diagnóstico cuando no se tiene información suficiente genera, por una parte, angustia y desesperación en los familiares, y por otra, produce mucha incertidumbre en cuanto al tratamiento y las expectativas de vida del paciente. Es por esto que la atención es necesaria porque el diagnóstico provoca un daño emocional.

El médico tiene que tomar en cuenta que el diagnóstico genera un bloqueo emocional en los familiares que les impide escuchar claramente las explicaciones iniciales; por ello, es necesario concertar otras consultas para cerciorarse, por medio de preguntas, de que la familia ha entendido. A pesar de que resulta tedioso para el médico —y posiblemente costoso para las instituciones—, el tiempo que se invierta en estas primeras sesiones tendrá sus frutos en el transcurso del tratamiento, pues con ello se evitarán muchos errores y malas interpretaciones. (Rascon, M., Valencia, M., Dominguez, T., Alcántara, H. & Casanova, L., (2014) p. 242)

Para los referentes un diagnóstico puede ser tranquilizador o generar el efecto contrario: asustarla, por lo cual recomendamos que si no entiende algo pregunte todo lo que quiera, dado que el profesional de salud mental debe estar preparado para poder informar sobre un diagnóstico primario, su posible tratamiento y evolución. Por otra parte, la persona que recibe un diagnóstico también puede asustarse o rechazarlo, así como el tratamiento, dado la cantidad de mitos y prejuicios en torno a la locura y la enfermedad mental. Recomendamos no usar el diagnóstico ni la situación de enfermedad para manipular o convencer a la persona, dado que aceptar la nueva realidad lleva tiempo y comprensión.

El hecho de complementar la situación de la persona que sufre un trastorno mental, requiere además de la información al respecto, la disposición de los referentes, para aprehender la información y reformular la misma de acuerdo a la situación con el integrante. Así se piensa a



los referentes como psico-educadores, componiendo los objetivos para sacar adelante las distintas decisiones y modificaciones necesarias en el estilo de vida grupal.

Las intervenciones psicoeducativas son una parte importante de los programas de rehabilitación, siendo fundamentales en aquellos sujetos con un alto riesgo de recaída.

Los objetivos que se pretenden con la psicoeducación son los siguientes:

- Proporcionar información comprensible y actualizada sobre la enfermedad mental.
- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Prevenir las recaídas.
- Favorecer la conciencia de enfermedad y las consecuencias del estigma asociado a la enfermedad.
- Promover el mayor grado posible de autonomía del paciente en todos los aspectos relacionados con su enfermedad.
- Normalizar y promover la relación terapéutica entre el paciente y el equipo asistencial.

(Fernández J., Touriño R., Benítez N., Abelleira C., 2010, p.97)

Siguiendo la idea de Skliar, C. (2013) con respecto a la educación de familiares o referentes, es muy importante entender el término inclusión educativa, la importancia de que los referentes logren informarse por igual, que acompañen y estén dispuestos a aprender del otro también. Este autor plantea en la conferencia 1º Encuentro de Educación en la diversidad, abordar al término inclusión desde la escucha, del interior del otro, conformando la inclusión desde una mirada de igualdad y comprendiendo la diversidad del otro.

En esta línea de pensamiento vemos lo importante de que los referentes se planteen como un sistema, que requieren un funcionamiento acorde a todos, para que los diferentes procesos que puedan surgir sean acompañados por igual y que no hayan instancias de distanciamientos entre ellos por alguna situación en particular, debe pensarse como general a toda la situación y contemplarse con las diferentes posibilidades.



El sistema le pone un nombre, es "malo, loco, tonto", y como solución se presiona para que sea de nuevo como antes (que no cambie, aunque sea a mejor), o se prescinde de ese miembro (se aísla o se vive como si no existiese), o bien se acepta el cambio y cambia el grupo. Todo el proceso vital de crecimiento de la familia supone cambios en el equilibrio y nuevas readaptaciones que provocan crisis de crecimiento o patologías más graves. (Maganto, 2004, p. 3).

La importancia depositada en los referentes no es solamente por considerarlos como los primeros a convivir en situación, sino que, debido a esa convivencia e intercambio de experiencias pueden ser los más propicios a atender detalles del integrante que padece el trastorno mental. Contribuir en un tratamiento eficaz desde la subjetividad del integrante; así no dejan que escapen detalles en momentos como el de medicalizar o dirigir un determinado tratamiento. Hacer uso del conocimiento que se tiene de la persona afectada desde un perfil voluntario, motivado e interesado ayudará durante todo el proceso, lo estarán acompañando desde el afecto y renovando la historia en conjunto. De esta manera no queda solamente la persona que sufre el trastorno mental como la que modifica la rutina, porque el sistema acompañó y contempló en las diversas situaciones.

Este proceso en funcionamiento evitará situaciones de desgaste y abandono, optimizando los detalles ya mencionados como la participación e información sobre el tratamiento, acompañamiento inclusive de la medicación que se le suministró, permitiendo así atender a la subjetividad de la persona afectada.



Algunos conceptos teóricos importantes respecto a los trastornos mentales

Teniendo en cuenta los objetivos de esta guía como información para referentes, es necesario comprender **de qué se tratan los trastornos mentales**, para abordar la temática en profundidad y cómo están caracterizados los mismos de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición, a su vez se buscará una reflexión “más práctica” sobre cada concepto, procurando de esta forma crear un puente entre los desarrollos teóricos de este manual y la sociedad de manera genérica, esperando que exista un entendimiento lo más completo posible por parte de todos/as sobre estas temáticas.

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. (Asociación Americana de Psiquiatría. (2013) p. 20)

Trastorno del neurodesarrollo no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del neurodesarrollo que causan deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del neurodesarrollo. La categoría trastorno del neurodesarrollo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno del neurodesarrollo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (por ejemplo, en el ámbito de urgencias). (Asociación Americana de Psiquiatría. (2013) p. 86)



En relación a lo anterior podemos decir de otra forma que los trastornos del neurodesarrollo no especificado son aquellos que el médico opta por no definir un trastorno mental específico, entre las razones que tiene para optar por esto, está la que haya más síntomas de los esperados en un trastorno mental exacto, o sea que haya síntomas de un trastorno mental y de otro, o que no cuente con las herramientas necesarias para especificar un trastorno mental.

Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son la esquizofrenia; otros trastornos psicóticos y el trastorno esquizotípico (de la personalidad). Se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos. (Asociación Americana de Psiquiatría. (2013) p. 87)

En otras palabras y buscando una manera práctica de entender estos conceptos, la esquizofrenia es un trastorno de la personalidad, donde se da una distorsión en el pensamiento y las personas afectadas van a presentar los síntomas nombrados, que serán desarrollados más adelante.

Resulta interesante exponer un ejemplo de esquizofrenia paranoide en la película “A Beautiful Mind (una mente maravillosa)”, con el fin de aportar a la reflexión y así obtener un mayor acercamiento al trastorno mental. En esta película el protagonista comienza a sufrir sus delirios y se nota como esto afecta sus relaciones sociales, afecta su condición física y a su vez interfiere en los vínculos familiares y amistosos. Este ejemplo permite observar detalles reales para la persona que lo padece y además se puede observar esa constante lucha, que existe para



aquellos que padecen este trastorno, entre el uso de la razón y los delirios que comandan a otra realidad.

¿Cómo se identifican algunos delirios?

Los delirios son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. Su contenido puede incluir varios temas (p. ej. persecutorios, referenciales, somáticos/ religiosos, de grandeza).

Los delirios persecutorios (es decir, la creencia de que uno va a ser perjudicado, acosado, etc., por un individuo, organización o grupo) son los más comunes.

Los delirios referenciales (es decir, la creencia de que ciertos gestos, comentarios, señales del medio ambiente, etc., se dirigen a uno) también son comunes.

También pueden aparecer **delirios de grandeza** (es decir, cuando el sujeto cree que él o ella tiene habilidades, riqueza o fama excepcionales) y **delirios erotomaníacos** (es decir, cuando el individuo cree erróneamente que otra persona está enamorada de él o ella).

Los delirios nihilistas suponen la convicción de que sucederá una gran catástrofe, y los delirios somáticos se centran en preocupaciones referentes a la salud y al funcionamiento de los órganos. (Asociación Americana de Psiquiatría. (2013) p. 87)

En forma general podemos decir que los **delirios** son creencias que se sostienen sobre determinados asuntos y que no se pueden sujetar lógicamente, a su vez tampoco son creencias comprobables a través de la experiencia y que por lo general no coinciden con la realidad de la persona que las está afirmando.

Los **delirios persecutorios** generalmente son vistos como los más comunes y estas personas tienden a justificar todo lo que les sucede, a su vez siempre van a plantear que son víctimas y todo va a girar en torno a esa persecución. Toman como obstáculo para el desarrollo de su vida



razones que no son propias, por ejemplo; no obtener el empleo que quería porque la persona que lo iba a contratar le quería hacer el mal o le tenía envidia.

Un ejemplo de los delirios persecutorios se observa en la película “Black Swan (El cisne negro), donde Nina el personaje principal a lo largo de la de la película va sufriendo de forma ascendente alucinaciones y presenta un delirio persecutorio hacia Lily su compañera, generando situaciones de angustia y perplejidad.

Los **delirios referenciales** son aquellos que se presentan cuando una persona cree que todo su entorno le envía “mensajes”, por ejemplo, lee una noticia en el periódico y cree que ese mensaje es para él/la, a pesar de no ser el destinatario se encuentra convencido de que existe un contenido especial que lo permite reafirmar su delirio.

En lo cotidiano los **delirios de grandeza** pueden ser más notables, un ejemplo claro, está en aquellas personas que asumen un costo de vida sumamente alejado a lo que los posibilita la realidad (delirios de riqueza), o que creen tener poderes y habilidades especiales, pueden llegar a pensar que son personajes famosos o que están desarrollando un proyecto ambicioso. Asimismo, pueden sospechar que alguien le quiere robar las ideas o si esos terceros dudan de sus capacidades, se los puede apreciar irritados.

En cuanto a los **delirios erotomaníacos**, están caracterizados por una creencia equivocada de que una persona está enamorada de él/la, esta idea se puede dar por una mala interpretación o percepción y generalmente esa persona que estaría enamorada de él/la está en una posición social superior. En relación a esto resulta interesante observar la película “À la folie... pas du



tout (Solo te tengo a tí)” que ejemplifica este delirio, tratándose de una joven estudiante que padece este delirio y cree que un médico está enamorado de ella.

Los **delirios nihilistas** generalmente presentan ideas delirantes en torno a la inexistencia de partes de su propio cuerpo o de otras personas, se da una negación de la existencia.

¿Qué son las alucinaciones?

Las alucinaciones son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. **Son vividas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario.** Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia y en los trastornos relacionados. Las alucinaciones auditivas habitualmente se experimentan en forma de voces, conocidas o desconocidas, que se perciben como diferentes del propio pensamiento. (Asociación Americana de Psiquiatría. (2013) p. 87)

Las **alucinaciones** se dan a través de nuestras sensaciones, las más comunes son auditivas o visuales, ver cosas o personas que no son reales o escuchar voces. Son engaños que hace la mente y casi siempre son en situaciones difíciles, buscando una conducta de fuga. En esta situación la persona no sabe distinguir si aquello que escucha o que ve es real, ya que para ellos es real al momento que lo sufre y sólo se dan cuenta que no lo son cuando un tercero les dice; estas alucinaciones generalmente son de forma esporádica.

Los síntomas positivos de un trastorno mental también están caracterizados por delirios y alucinaciones, pero no se dan de una forma continua, generalmente son personas que pierden el contacto con la realidad y estos síntomas aparecen y desaparecen, en alguna de las veces



pueden ser más intensos, así como en otras casi no se los percibe, la frecuencia y la intensidad de estos síntomas va a depender mucho si la persona está o no está recibiendo el tratamiento.

Los síntomas negativos son los principales causantes de enfermar en las personas que pueden padecer esquizofrenia y son menos probables en otros trastornos psicóticos. En lo que son síntomas negativos característicos de la esquizofrenia, se destacan: la expresión emotiva disminuida que justamente es la disminución de la expresión de las emociones mediante el rostro, los ojos, la forma de hablar y el tono de voz, los movimientos de la mano, la cabeza y la cara que generalmente es donde más se nota la poca expresión de sus emociones. La abulia se percibe cuando el sujeto no realiza actividades que antes las hacía por iniciativa propia y con un propósito, ahora no solo no las realiza, sino que se lo puede observar sentado durante largos períodos, sin interés en desarrollar actividades.

Otros síntomas negativos que se pueden observar son la alogia, la anhedonia y la asocialidad. La alogia se percibe cuando hay una reducción intensa del habla, no realiza charlas espontáneas y se nota la disminución del flujo en la conversación. La anhedonia se observa cuando el sujeto pierde el interés por realizar casi que cualquier actividad, no siente placer o satisfacción cuando las lleva a cabo. La asocialidad refiere a la falta de interés por realizar interacciones sociales, puede estar asociada a la abulia, así como también puede ser indicativa de que hay escasas oportunidades para la interacción social.

Generalmente los síntomas negativos están asociados a la interrupción de las emociones y los comportamientos normales del sujeto, estas personas suelen requerir de ayuda diaria en sus actividades, inclusive puede que descuiden su higiene. Estas características son parte de un padecimiento psíquico, como el de la esquizofrenia, observar estos cambios desde un principio



permite que realmente se entienda desde el padecimiento y no haya confusiones con relación a la falta de voluntad.

Tratamiento y medicación

Se pueden realizar diferentes intervenciones en el tratamiento de una persona con trastorno mental, y la medicación en determinados casos forma parte de ese proceso. Es una realidad que está por detrás de las personas que padecen algún tipo de enfermedad, en el caso de los trastornos mentales, funciona como estabilizador en la vida diaria de la persona. Ejerce un poder sobre las actitudes de la persona, calmando los síntomas y previniendo las crisis. Por eso la importancia de permanecer con la medicación recetada y su tratamiento adecuado, luego de haber recabado todas las informaciones necesarias sobre el medicamento con el técnico de salud mental.

El funcionamiento adecuado de la persona que padece un trastorno mental va a depender también del seguimiento de su tratamiento, los referentes pueden estar presentes para observar ese seguimiento y a su vez recordar detalles, como por ejemplo el horario adecuado para tomar la medicación. En situaciones específicas como cuando la persona se niega a tomarla, es bueno escuchar sus razones y aclarar la importancia de hacerlo. En caso de que se repitan estas situaciones informarle al profesional de la salud mental, que también está preparado para orientar cuando se dan estas instancias.

Con respecto a la medicación si bien es necesaria en determinados casos, no se debe pensarla como única solución, de esta forma no se cae en una actitud cómoda pensando solo en calmar al síntoma. Existe una persona que está en tratamiento y sí, está medicada, pero es importante



que el/la misma pueda reflexionar sobre el proceso que está realizando y pueda “pensarse” con sus actitudes.

Intervenir para abrir las dimensiones del conflicto, reconocer sus fuerzas, hacer que se exprese en las palabras y el pensamiento del mismo sujeto, no es simplemente exponer al sujeto a su sufrimiento sino aceptar que si el conflicto o la contradicción hablan podemos escuchar sus razones; el pensamiento y la reflexión es el medio por el cual el hombre puede asumir, sin síntomas, los avatares de sus deseos y de su existir junto a los demás. El psicofármaco actúa en sentido contrario. Aliviar, silenciar los afectos que acompañan al conflicto y expresan el malestar del sujeto (la angustia, la ansiedad, el insomnio, la obsesión, la tristeza y el desgano del depresivo), no es sólo silenciar el conflicto es también jugar a favor del síntoma y su permanencia, en tanto impide al sujeto actuar con conciencia sobre las contradicciones de sus deseos o de su realidad. Para la mayor parte de los individuos resulta tentadora la solución del medicamento para los dolores del malestar subjetivo: al entregarse al saber y al poder del especialista, establecidos en el imaginario social como dominio médico del malestar, pueden abandonar los esfuerzos por hacer inteligible su malestar y enfrentar las contradicciones de su vida. (Galende, E. 2008 p.27)

Un tema importante a recordar son los “aceleradores” de las crisis, por ejemplo, determinados tipos de drogas que perjudican al tratamiento. Además, este tipo de sustancias cuando son ingeridas estando medicados desarrollan crisis frecuentemente. Cuando la persona que padece un trastorno mental comienza a consumir drogas, el peligro a una crisis es mayor; por ejemplo, la descompensación que le puede generar si alguien no le brinda esas drogas, porque la adicción puede traer severas consecuencias.



Informaciones sobre posibles Crisis

Como referentes es bueno que se entienda que una crisis es un cambio repentino en el desarrollo de una personalidad, podemos hablar de una crisis cuando afecta el estado de ánimo de una persona, atravesando directamente hacia sus emociones. Una crisis puede estar determinada por diversos factores externos o internos.

Existen dos grandes distinciones de crisis, las denominadas del desarrollo que son comunes a la mayoría de las personas y por ende esperables, lo que no las exime de portar un potencial conflictivo diferente para cada caso singular y las crisis circunstanciales que no responden a parámetros relacionados con la maduración de los individuos, sino a fenómenos particulares e imprevisibles (Amorín, 2010; Fernández L., 2010 y Slaikeu, 1988)

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. (Slaikeu, 1988 p.11)

Saber actuar frente a una situación de crisis requiere manejar los temas que mencionamos anteriormente, porque si el trastorno mental reconocido, aceptado y hubo atención especializada, podrá ser revertida de otra forma, comparando con aquellos que no lograron este proceso. La persona afectada al momento de una crisis enfrenta una ruptura con la realidad de forma temporal, de modo que no puede reconocer o funcionar como lo hace habitualmente con su entorno, esa realidad está alterada.

La información abarcada por sus referentes será esencial, para identificar cuando la persona afectada por un trastorno mental puede estar por vivir una crisis, cuanta más información haya sobre el padecimiento de la persona y acompañamiento del sujeto, más posibilidades existen



para reconocer cuando se aproxima una crisis. De la mano del conocimiento también debe estar la comprensión como referentes, porque cuentan con la posibilidad de razonar y actuar. A su vez pueden tener presente que la persona afectada cuando vive una crisis no cuenta con las posibilidades de razonar y probablemente esté desconcertada, con miedo por la pérdida del control mental y emocional.

Comprender y contemplar esta situación desde una postura con posibilidades y no solamente por mantener el uso de la razón, sino también por poder expresar otra postura que no esté aterrada y que modifique lo que está sucediendo en base al entendimiento. Porque los referentes saben lo que está sucediendo y por qué está sucediendo, una de las alternativas es imponer la calma, que dará otro sentido a la situación.

Durante este proceso de crisis se presenta una desorganización de los diferentes síntomas, pueden presentarse todos juntos y esto llevará al momento de ruptura con la realidad, presentando un momento de agudeza a la persona que padece el trastorno mental.

Consideraciones para una internación

Si se recorrieron todos estos pasos anteriores en este proceso salud-enfermedad y se realizaron diferentes intervenciones por profesionales de la salud mental. Luego de haber cumplido este proceso, los profesionales en conjunto con los referentes y considerando la persona que padece el trastorno mental, deberán evaluar si es necesaria o no una internación de la misma. A partir de ese momento se debe tener en cuenta que esta situación es bastante compleja, probablemente haya un desconcierto y se perciban otras actitudes en la persona, donde pierde el control y no es consciente de determinadas acciones.



La situación si bien puede o no formar parte de todo el proceso que venimos recorriendo (porque puede recorrer todo el proceso anterior y no ser necesario una internación), pero en caso de una internación se torna una situación novedosa. Porque él/la persona que padece un trastorno mental se vuelve a caracterizar por diferentes sentimientos de ruptura con la realidad, pero ahora persistentes y la internación puede ser para él/la que padece voluntaria o involuntaria. Con respecto a esto último se debe mencionar que aquella persona que conoce su padecimiento, que cuenta con toda la información y cumplió con todo el proceso desarrollado anteriormente, puede ser preparada de cierta forma para una posible internación, para que la misma no sea involuntaria en su totalidad.

Es conveniente “preparar” a la persona con la intención de comunicarle los siguientes pasos para llevar adelante su tratamiento. Esta comunicación es favorable, tanto para la persona que padece un trastorno mental, así como también lo es para los referentes, el hecho de poder expresar las decisiones puede ser tranquilizador, teniendo en cuenta que por un tiempo determinado no va a convivir con ellos, si no es una internación domiciliaria.

Si existe la posibilidad de realizar una internación domiciliaria, seguramente los profesionales de la salud mental consideren como una incidencia eficaz en el proceso. Cuando la persona puede continuar su tratamiento sin romper su estructura diaria de convivencia, se está evitando modificar su círculo de relaciones y a su vez no se aleja de aquellos que más conoce.

Cuando no es una internación domiciliaria, es importante para continuar la participación en el proceso, que los referentes recaben toda la información necesaria sobre el servicio de salud mental correspondiente a esa internación. De los diferentes procesos que realizan estos servicios, para con toda la información que tienen del trastorno mental, el comportamiento que



viene desarrollando el integrante que padece, la adaptación a sus nuevas rutinas, el uso adecuado de la medicación, con todos estos aspectos y otros más que consideren, demostrar el interés e involucramiento con la persona afectada.

Lo mencionado puede tener influencia al momento de ejercer sus derechos sobre el servicio de salud mental. Puede ser el simple hecho, de que en un momento dado la persona que padece un trastorno mental solicite la presencia sus referentes y el servicio de salud mental sabiendo que cuenta con estos vínculos (que son presentes y que están involucrados con el/la persona) los cite, considerando como positiva la presencia.

El servicio de salud mental tiene determinadas reglas, como por ejemplo los días y los horarios de visitas, con respecto a esto es muy importante que los referentes puedan naturalizarlo. De esta forma concurren y evitan que las personas que permanecen internadas estén en una “simple” espera, para ellos esperar a alguien es motivador, aunque no puedan expresarlo muchas veces, es probable que siempre estén a la espera. Dentro del servicio de salud mental generarán nuevas relaciones, un círculo nuevo con diferentes realidades. En este acompañamiento constante por parte de los referentes, sería interesante que conozcan un poco ese círculo, que estén “actualizados” de qué están haciendo en este nuevo paso del proceso salud-enfermedad.

Con respecto a las internaciones prolongadas los referentes deben ser conscientes, que las lógicas manicomiales que se dan en muchas instituciones generan un debilitamiento en la personalidad del sujeto y estaría afectando las posibles interacciones sociales del mismo.



Previa y durante la internación, es importante que los referentes que lo/la están contemplando conozcan todos estos aspectos de posibles, todas las interacciones de la persona que se interna. Es esencial tener en cuenta la pérdida de los vínculos y en qué medida los referentes pueden recuperar, considerando las normas de la nueva institución que puede o no, ser flexible a cambios en la rutina de la persona que padece el trastorno mental.

Recomponiendo su proyecto de vida

Recomponer la vida de una persona que padece un trastorno mental, hace parte de lo que llamaremos rehabilitación psicosocial, son las diferentes alternativas, intervenciones y apoyos que existen para ayudar a la persona. Procurando que esta persona recupere o adquiera las capacidades cognitivas para desarrollar una vida más autónoma. Una forma de vida más autónoma, entre algunas otras cosas requiere que, la persona pueda convivir y desenvolverse en la sociedad, a su vez recupere o adquiera funciones en la misma, como por ejemplo relacionarse o conseguir un empleo.

Resulta significativo entender que desde todos los ámbitos se puede ayudar en una rehabilitación psicosocial, no necesariamente se trata de un centro para esta función, por lo contrario, sino que lo que se busca es que, desde los referentes, así como las diferentes relaciones que puedan existir, provoquen la rehabilitación psicosocial. Es una forma de atender a la persona que padece el trastorno mental, donde sí van a existir una serie de recursos y requisitos, pero en general y en base a una comunidad se puede proporcionar una mejor calidad de vida para la persona.

La rehabilitación psicosocial se conceptualiza desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con World Association for Psychosocial Rehabilitation (WARP, 1996)



como un proceso que permite a la persona afectada, lograr una mejor independencia en relación a la comunidad, una mejor competencia individual y de esta forma, una mejor calidad de vida.

Desde Castillo, Villar y Dogmanas (2011), “se entiende a la rehabilitación como un modelo terapéutico basado en el paradigma biopsicosocial, enfocándose el mismo en mejorar la vida del paciente, su familia y la comunidad.”

De acuerdo al modelo biopsicosocial, que hace hincapié en la mejora de la calidad de vida de las personas involucrando a los referentes y a la sociedad. Desde esta postura es importante remarcar que esta guía justamente está dirigida a referentes, pero que en el proceso de rehabilitación será imprescindible la apertura a intercambios sociales, incluyendo a la persona que padece un trastorno mental e incluyéndose cada referente como un grupo que funcione más allá de las normas comunes y que actúe en base de apoyo e integración.

En cuanto a la rehabilitación, la información del tratamiento debe ser conocida en profundidad, la medicación que reciba la persona necesita ser conocida por las diferentes disciplinas, para comprender y abarcar la verdadera necesidad de la misma, esto va a permitir centrarse en la persona y conocer de manera amplia las características de la misma, luego acompañar el proceso.

Siguiendo el Consenso Intercentros del Uruguay (Comisión Intercentros de Rehabilitación Psicosocial del Uruguay, 2005) 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, y está dirigido a las personas con trastornos mentales severos y persistentes. El trabajo en rehabilitación biopsicosocial desde lo cultural y ambiental, implica el encuentro entre la persona que presenta un trastorno mental, su familia,



su entorno y el equipo referente. En dicho encuentro se va privilegiando el lugar de la persona con TMSP, su potencial y saber en un aprendizaje en común hacia la construcción de un camino propio e individualizado. El tratamiento debe tender a que la persona con TMSP pueda tomar conciencia de sus necesidades en interacción con su medio familiar y social contando con el apoyo de los técnicos pertinentes. Avanzar hacia esa meta es reafirmar la recuperación de la persona en su autonomía, en sus capacidades y su potencial de salud. La recuperación implica la construcción de un proyecto de vida, definido por la propia persona y en la toma de conciencia de su condición ciudadana. (Del Castillo, et al., 2011, p. 83-96).

Puntualmente la rehabilitación psíquica, podría definirse como un proceso que para quien sufre un trastorno mental grave puede transformarse en una posibilidad de lograr una nueva forma de ser en el mundo que le permita adquirir bienestar físico, psíquico y social. El desarrollo de autonomías es uno de sus principales objetivos. (Tehaldo, 1985)

Reflexionando acerca de las temáticas expuestas y en la importancia de observar los síntomas en el desarrollo de la “enfermedad”, es relevante aclarar que justamente los objetivos de la rehabilitación psicosocial hacen referencia a la reducción de los síntomas de los trastornos mentales.

En este proceso de rehabilitar van a estar en marcha diferentes intervenciones y tratamientos adecuados, donde también existe una realidad productiva por parte de los fármacos. Todas estas intervenciones se desarrollan en conjunto para recuperar habilidades sociales e individuales y como decíamos anteriormente el funcionamiento ocupacional. En cuanto a esto es interesante observar desde diferentes abordajes; se puede pensar desde la ocupación como favorable a la persona que padece el trastorno mental porque lo incluye a funciones sociales y le genera un vínculo, pero a su vez ayuda a reducir el estigma social.



A modo de reflexión como referentes se pueden ver apoyados, ya que la persona que padece el trastorno mental se desarrolla con mayor autonomía en todos estos ámbitos y no va a necesitar estar contemplado constantemente por ellos. Esto implica que además de poder desenvolverse socialmente posibilite que los referentes puedan desarrollar otras actividades, sin estar en un cuidado constante de las funciones que pueda estar llevando a cabo la persona que padece el trastorno mental, entonces se puede decir que existe un desarrollo autónomo para ambos.

Desde el Ministerio de Salud Pública se considera a “La Salud Mental como un derecho fundamental” (MSP 2011, 5), dónde las intervenciones psicosociales, la psicoterapia y otras formas de preservarla o recuperarla deben ser accesibles a todos los ciudadanos, en cuanto a esto pensemos como una posibilidad de ejercer los derechos de cada uno, que sí existen y deben ser accesibles.

Conocer los derechos y asimilarlos permite desenvolverse más libremente en sociedad, a medida que se cumple con determinadas responsabilidades. Conocer y reconocer lo diferente de los seres humanos.

Somos iguales a todo, iguales a nada. Distintos y semejantes entre nosotros y entre otros. Disímiles bajo la desnudez del sol y equivalentes en la extrema debilidad de los sueños. Diversos a la hora de mirarnos, diferentes en ese segundo en que una despedida muestra su llanto, únicos para alejar a las bestias y para acercar las alas que nos sostienen. Somos la expresión de lo más pequeño, lo mínimo y lo inconcluso. Cargamos identidades curvas que deambulan como estrellas sin pies. Tenemos el mismo abismo, la misma muerte, la misma soledad. Solemos no comprendernos porque las preguntas exceden el alcance de nuestras manos. Desearíamos decir unas palabras que se escuchen claramente. (Skliar, C. 2013)



Bibliografía

1. Amorín, D. (2010) Apuntes para una posible Psicología Evolutiva. Uruguay: Psicolibros waslala.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. (2013) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.) p. 20.
3. Aznar Avendaño, E. y Berlanga Adell, A. (2004). Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia: Manual para la familia y el cuidador. Ed: Pirámide.
4. Carlos Skliar (2013). El lugar del otro en los discursos sobre la inclusión y la diversidad, Conferencia dictada en el 1º Encuentro de Educación en la diversidad. Recuperado de: <http://www.pensarconotros.com.ar/2013/08/19/carlos-skliar-2013-el-lugar-del-otro-en-los-discursos-sobre-la-inclusion-y-la-diversidad/>
5. Carvalho MCB. (1998) Família e políticas públicas. In: Kaloustian SM, organizador. Família brasileira, a base de tudo. Sao Paulo: Cortez; p. 93-108.
6. Del Castillo, R., Villar, M., y Dogmanas, D. (2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. Psicología, Conocimiento y Sociedad, 4, 83 – 96. Recuperado de: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102>
7. Fernández, L. (2010) Modelo de intervención en crisis. En busca de la resiliencia personal. Recuperado de: <http://www.luriapsicologia.com/mediateca/TRAB%20MODELO%20DE%20INTERVENCION%20EN%20CRISIS%20-Lourdes%20Fernandez.pdf>
8. Fernández, A. (1987): La inteligencia atrapada: abordaje psicopedagógico clínico del niño y su familia. Buenos Aires, Nueva visión, 1987.
9. Franklin, S; Medavoy M; Messer A; Oliver B; & Aronofsky D. (2010) Black Swan. Estados Unidos. Protozoa Pictures; Phoenix Pictures.



10. González, J., Castejón, M. A., (1999) Guía informativa básica para personas con enfermedad mental crónica y para sus familiares, Dirección general de servicios sociales - Consejería de Servicios Sociales - Comunidad de Madrid, 8 - 23. Recuperado de: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3Dguia_informativa_basica.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271741078776&ssbinary=true
11. Grazer, B; Howard, R; & Hoard, R; (2001) A Beautiful Mind. Estados Unidos. Imagine_Entertainment.
12. Jiménez, A., Baroni, C., Giordano, M., Cresci, L. y Planchesteiner, D. (2013). Locos por la radio. 15 años de comunicación participativa. En N. de León (Coord.), Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental (pp. 165- 179). Montevideo: Levy
13. Galende, E. (2008) Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser. Buenos Aires: Lugar Editorial, Primera edición, 2008. p. 25-34
14. Gassot, c; Brunner, D; & Colombani L; (2002) À la folie... pas du tout. Francia.
15. Jaime A. Fernández, Rafael Touriño, Natalia Benítez, Cristina Abelleira. (Editores) (2010) Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. Valladolid, FEARP, p. 46-98.
16. Maganto, C. (2004). Mediación familiar. Aspectos psicológicos y sociales. San Sebastián: Curso de Especialista en Mediación Familiar, UPV.
17. Martínez Tehaldo, R. (1990). ¿Cuándo?, ¿Cómo? y ¿Por qué? Rehabilitar. Cuadernos de Rehabilitación, Nº 1: 5-20, Montevideo, C.N.R.P.
18. Ministerio de salud Pública del Uruguay (2011). Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el SNIS. Ministerio de Salud Pública del Uruguay.



19. Muniz, A. (2003): Psicodiagnostico, un instrumento vigente. En: Diagnósticos e Intervenciones. Enfoques Teóricos, Técnicos y Clínicos en la práctica Psicológica. Facultad de Psicología: psicolibros-Waslala. Tomo I, p.23-31.
20. Pavlovsky, E. (1987). La crisis del terapeuta. En Cuestionamos I., Bs. As: Ed. Búsqueda.
21. Rascón M. L., Hernández V., Casanova L., Alcántara H., Sampedro A. (2013) Guía Psicoeducativa para el Personal de Salud que brinda Atención a Familiares y Personas con Trastornos Mentales. Ed. Shoshana Berenzon. p. 1 - 11. Recuperado de: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/guia_psicoeducativa.pdf.
22. Rascon, M., Valencia, M., Dominguez, T., Alcántara, H. & Casanova, L., (2014) Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis, *Salud Mental*, 37, 239-245.
23. Sebastiani, R., Pelicioni, M. y Chiattoni, H.(2001) *Psicología de la Salud Latinoamericana* 159 RIPCS/IJCHP, Vol. 2, N° 1, p. 153-172.
24. Slaikou, K. (1988) *Intervención en crisis*. Mexico D. F. : El Manual Moderno, S.A. de C.V.
25. Valencia M, Ortega-Soto H, Rodríguez MS, Gómez L. Estudio comparativo de consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento biopsicosocial de la esquizofrenia. Primera parte. *Salud Mental* 2004: p.47-53.
26. Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12, p. 671-681.
27. Velasco ML, Sinibaldi J. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). México: Manual Moderno; 2001.

