

# LA NECESIDAD DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

*Salvador Perona Garcelán'*

**RESUMEN** En este artículo se hace una reflexión sobre la necesidad e importancia que tiene para las personas que padecen un trastorno psicótico, el desarrollo de los abordajes que están incluidos dentro del campo de lo que actualmente se denomina Rehabilitación Psicosocial. Para esta reflexión hay que tener en cuenta nuestro punto de partida, que es el conocimiento de la persona que padece el trastorno, y la concepción que hagamos de lo que entendemos por Rehabilitación. Desde nuestro punto de vista, la Rehabilitación Psicosocial puede entenderse como un marco ideológico idóneo para el tratamiento de la esquizofrenia, así como un proceso, esto es, una serie de actuaciones llevadas a cabo a lo largo del tiempo, cuyo objetivo consiste en dotar a la persona, así como a sus cuidadores, de todos aquellos instrumentos que les permita mejorar su funcionamiento y calidad de vida. Por último, se destaca, por un lado, la importancia de la actuación coordinada entre profesionales e instituciones implicadas en el tratamiento de las personas con un trastorno esquizofrénico, y por otro, la utilización de intervenciones que hayan demostrado su eficacia y efectividad en el tratamiento de estos trastornos.

**PALABRAS CLAVE** Rehabilitación Psicosocial, Esquizofrenia, Psicosis, Continuidad de Cuidados, Eficacia de las Intervenciones.

En este artículo voy a intentar reflexionar y dar mi visión de la importancia que tiene, para la persona con psicosis, el desarrollo de los abordajes que están incluidos dentro del campo de lo que actualmente se llama rehabilitación psicosocial. Para ello, voy a centrarme en primer lugar en describir de forma resumida la situación de una persona que padece un trastorno psicótico, para pasar en segundo lugar a explicar que es la rehabilitación psicosocial y por último, reflexionar sobre cuales son nuestras aportaciones al campo de la psicosis.

Para comprender lo que le ocurre a una persona cuando empieza a padecer un cuadro psicótico, debemos procurar no reducir sus problemas al ámbito de los síntomas del trastorno o de la enfermedad en general, sino tener en cuenta las implicaciones personales, sociales y familiares que llevan asociadas. En este sentido, es necesario contemplarlo en su contexto y desde una perspectiva que nos permita observar el fenómeno desde diferentes puntos de vistas.

Es normal que cuando aparecen las primeras dificultades, y no estoy hablando necesariamente de los primeros síntomas, sino de los eventos y circunstancias sociales en el que se enmarcan la aparición de dichos

síntomas, que la persona se sienta muy angustiada, con una imposibilidad para resolver los problemas que en ese momento histórico de su vida están sucediendo. En muchos casos tienen que ver, por ejemplo, con fracasos personales en el ámbito profesional o académico, con problemas en la adaptación a los nuevos roles que la sociedad exige a los jóvenes, con pérdidas de personas significativas de su entorno social inmediato, o con situaciones y eventos que pueden considerarse como traumáticos. Estas circunstancias hacen que el sujeto se aisle cada vez más de esos entornos que hasta ese momento le servían para conseguir su equilibrio psíquico y social, pierde por tanto, el contacto y las fuentes de reforzamiento, y por ende, éstas se devalúan cada vez más hasta hacerse irrelevantes. Es en este contexto, en el que personas vulnerables comienzan una segunda experiencia aun más traumática, que consiste en la aparición de los síntomas positivos del trastorno. Desde mi punto de vista, y separándome de la tan de moda perspectiva biologicista, todos estos síntomas no surgen de la nada, o de la ruptura de determinados mecanismos cerebrales o neurofisiológicos, sino que están insertos en una compleja trama de experiencias existenciales y vitales, y están cargados de

significado personal y social. Este es desde mi punto de vista, la tarea más difícil que tenemos los profesionales que trabajamos en salud mental con enfermos psicóticos, esto es, comprender y reivindicar a la persona dentro de nuestras estrategias de tratamiento (García Montes y Pérez Alvarez, 2003).

Por otro lado, además debemos comprender las implicaciones que estas experiencias personales tienen en el entorno familiar. La primera reacción por parte de los allegados es la de sorpresa, incompreensión y desconcierto. No saben que está pasando y según los casos, suelen reaccionar o con un intento solidario de apoyo y comprensión o con reacciones de crítica y hostilidad que suelen derivarse de una conflictiva familiar a veces preexistente, pero que a medio y largo plazo se convierten en unas relaciones difíciles de mantener en el que el agotamiento es el punto en común de todas ellas. De todas formas, los familiares también padecen las consecuencias de la enfermedad mental, son víctimas de ella y pueden en muchos casos necesitar apoyo psicológico.

Todo ello, evidentemente agrava la situación de la persona, afectando también a otros ámbitos de su vida social. Por ejemplo, se abre definitivamente una brecha con su grupo de iguales, dejan de ser una compañía agradable, e incluso su comportamiento hace que se le tenga miedo o en otros casos, sea el blanco de risas y burlas que hacen que esa brecha se consolide y se haga infranqueable.

Si la persona estaba trabajando, abandona porque no puede soportar la responsabilidad que esto supone, lo mismo ocurre si la persona estudiaba. Esto implica que el futuro, o más bien, su conceptualización del futuro se vuelva una pesada carga.

Pero tal vez una de las experiencias más impactante para muchos de ellos sea los primeros contactos con el sistema sanitario. En mis años de trabajo profesional, he podido escuchar a muchos de mis pacientes sus quejas y sus recuerdos de cómo iniciaron su contacto con nosotros. Los ingresos involuntarios, la actuación en algunos de ellos de la policía, la vivencia del trato recibido en las unidades de hospitalización por el personal y también por otros pacientes, el desarraigo y separación brusca del entorno familiar, son algunos de los eventos que muchos de ellos padecen a lo largo de sus vidas como un auténtico trastorno de estrés postraumático.

Después de muchos años, todo estos problemas no se resuelven y la persona “ingresa” dentro de la cronicidad como una institución que se auto-perpetúa por la inercia social, por el estigma y por nuestras propias actuaciones profesionales. Tenemos a un individuo etiquetado como “crónico”, con el único apoyo (en muchos casos) de unos padres ancianos, que no saben qué hacer con su hijo y con la eterna pregunta, que tantas veces he escuchado en muchos de ellos: “¿qué será de mi hijo cuando yo muera?”.

Evidentemente, podríamos escribir muchas páginas sobre la descripción de las consecuencias personales y sociales que la enfermedad mental conlleva. Mi pretensión en este trabajo es simplemente ilustrar y contextualizar el sentido de lo que denominamos Rehabilitación Psicosocial.

### *La Rehabilitación Psicosocial*

La Rehabilitación Psicosocial en salud mental se ha configurando en la última década como un campo de intervención terapéutico idóneo en el abordaje de las enfermedades mentales de evolución crónica. El auge de este enfoque en nuestro contexto, ha estado propiciado principalmente por los nuevos modelos de atención sanitaria incluidos en los distintos procesos de reforma psiquiátrica, que se han dado en los países desarrollados. Desde estos modelos, la enfermedad mental se conceptúa a partir de una perspectiva biopsicosocial, de atención integral a la salud y dentro de un enfoque comunitario.

La rehabilitación se dirige principalmente al tratamiento de los trastornos psicóticos crónicos, en el que se integran los componentes biológicos, psicológicos y sociales en distintos programas, caracterizados por la coordinación de intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras (Lieberman, 1988).

Para llegar a una comprensión clara de lo que estamos hablando es necesario distinguir entre los conceptos de deterioro, discapacidad y minusvalía, que son aplicables tanto a la rehabilitación física como a la psicosocial:

- El *deterioro* implica una pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica (como consecuencia de una enfermedad).
- La *incapacidad* o *discapacidad* se refiere a limitaciones funcionales o pérdida de las habilidades para

actuar en una actividad, en el modo o dentro del rango considerado normal para una persona.

- La minusvalía o *desventaja social* es una barrera en el entorno, no en la persona. La barrera actúa limitando las oportunidades de un individuo para desempeñar un papel valioso en la sociedad (aún teniendo capacidades).

Desde esta perspectiva, el concepto de *Rehabilitación Psicosocial* se entenderá como la intervención sobre las discapacidades y las minusvalías de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos. Por tanto, la Rehabilitación Psicosocial ayuda a estas personas a mejorar su funcionamiento, de manera que se sientan satisfechas en el entorno de su elección, con la menor cantidad de intervención profesional continuada (Farkas y Anthony, 1989). Los métodos principales para alcanzar la meta de la rehabilitación psicosocial consisten en:

- Dotar a la persona incapacitada de las habilidades específicas necesarias para funcionar con autonomía y satisfacción en la comunidad.
- Y en desarrollar los recursos del ambiente necesarios para apoyar y fortalecer sus capacidades funcionales (Anthony y Liberman, 1986).

La rehabilitación psicosocial, por tanto, pretende que las personas con incapacidades psiquiátricas crónicas puedan hacer el mejor uso de sus capacidades residuales en el mejor contexto posible (Watts y Bennet, 1991).

### El modelo de Vulnerabilidad -Estrés

El modelo más importante hoy en día en el campo de la rehabilitación de los trastornos psiquiátricos crónicos, es el *modelo de Vulnerabilidad-Estrés* formulado por primera vez por Zubin y Spring (1977). El modelo postula que cada individuo participa de un determinado grado de vulnerabilidad psicobiológica a padecer un trastorno esquizofrénico, y bajo determinadas circunstancias (agentes estresógenos o amenazantes externos o internos) se traduce en un episodio psicótico, cuando se supera el umbral de tolerancia al estrés de dicho individuo.

El factor de *vulnerabilidad* a la esquizofrenia se considera desde este modelo un rasgo duradero y permanente, mientras que el *episodio psicótico* se refiere a

la descompensación aguda del cuadro clínico, siendo este un estado remitente. La aparición o no de recaídas psicopatológicas dependerían:

- por un lado, del *umbral* que tiene la persona para tolerar el estrés,
- y por otro lado, de la presencia de variables *moduladoras o protectoras* (como la adherencia a la medicación, las habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas, así como, las competencias de los familiares y de los sistemas de apoyo natural). Todos estos factores están en interacción compleja en cada sujeto con trastorno esquizofrénico.

Como señala Ruiz Vargas (1987), a parte de su innegable valor heurístico, el interés de este modelo es esencialmente pragmático, pues en el campo de la rehabilitación psicosocial de la esquizofrenia ofrece una valiosa orientación, tanto en los aspectos evaluadores, como en los terapéuticos y preventivos. Desde esta perspectiva, el problema terapéutico primario no es necesariamente curar el trastorno, sino ofrecer los medios para prevenir su primera aparición como su reaparición.

### Las fases del proceso rehabilitador

El abordaje de la psicosis es un reto para el conjunto de los profesionales que trabajan en el sistema sanitario. Tradicionalmente ha sido un campo exclusivo de los médicos y se consideraba poco relevante otro tipo de intervenciones. En este sentido, era relativamente frecuente escuchar en el ámbito de la salud mental que la psicosis era el objetivo de la *psiquiatría pesada*. Sin negar, el valor fundamental del tratamiento psicofarmacológico en el control clínico de la sintomatología positiva, hay numerosos estudios rigurosos que muestran cómo la medicación neuroléptica tiene escasos o nulos efectos terapéuticos sobre la sintomatología negativa del cuadro psicótico esquizofrénico (Crow, MacMillan, Johnson y Johnstone, 1986).

Un aspecto a destacar es que no debemos identificar la rehabilitación con la aplicación sistemática de un conjunto de técnicas. Aunque de forma coloquial hablemos de tratamiento rehabilitador, desde mi punto de vista consiste, por un lado, en un marco conceptual que nos permite entender el trastorno mental desde una perspectiva integral y dependiente del contexto cultu-

ral y social en el que el vive el sujeto, y por otro, consiste en un proceso complejo, evidentemente no lineal, con avances y retrocesos, en el que dirigimos nuestras actuaciones, de forma interdisciplinar y consensuada con el paciente y sus cuidadores, a la integración de éste en el “mundo cotidiano” para mejorar su calidad de vida, siempre tomando como referencia los parámetros sociales y culturales de las personas de su entorno. Las técnicas por tanto son los instrumentos de los que nos valemos para alcanzar nuestros objetivos. Por ejemplo, la aplicación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales, procedimiento tradicionalmente utilizado en rehabilitación, no necesariamente tiene por qué tener una función rehabilitadora, sino se hace teniendo en cuenta el entorno real del sujeto y sino se dirige a su integración social.

En este último sentido, debemos distinguir en el proceso de la rehabilitación psicosocial en enfermos mentales crónicos varias fases:

### 1. Evaluación

La evaluación es un factor crucial e ineludible en todo tipo de intervención rehabilitadora, constituyendo por tanto, una de las fases más importante de esta clase de actuaciones.

El objetivo principal de este proceso es el establecimiento de un plan terapéutico encaminado a la *mejora y satisfacción* del usuario en el entorno de su elección, en relación con su meta personal y con los apoyos naturales que sean posibles (Farkas y Anthony, 1989).

En la rehabilitación de psicóticos crónicos, la evaluación se puede centrar en la valoración del individuo, del entorno familiar y de los contextos donde desarrolla su actividades habituales.

Desde un modo de actuación *individual*, la evaluación se dirige hacia la valoración cuantitativa y cualitativa de variables personales como por ejemplo:

- Variables cognitivas (memoria, concentración, atención, etc.).
- Habilidades en relación con el manejo de la ansiedad, respuestas de autocontrol emocional y cognitivo ante estímulos y situaciones estresantes.
- Evaluación de repertorios de conductas verbales y no verbales, cognitivas y emocionales en relación con las habilidades instrumentales y sociales.

- Evaluación específica para el manejo y autocontrol de la psicopatología positiva y negativa.

En el ámbito *familiar*, la evaluación psicosocial explora:

- Los estilos y habilidades comunicacionales entre los miembros de la familia.
- El clima emocional y los niveles de estrés.
- Los estilos conductuales en la toma de decisiones.
- La resolución de problemas familiares.
- Los niveles de conocimiento y percepción subjetiva del trastorno del familiar enfermo.
- La emoción expresada, etc.

Respecto a los *contextos* significativos del paciente, hay que evaluar los comportamientos en diferentes *ambientes extrafamiliares* y que pueden potenciar o frenar su autonomía personal y social. Entre estos podemos destacar:

- Los grupos de relación con sus iguales, generalmente muy reducidos o incluso inexistentes en los psicóticos crónicos incapacitados, constituyendo lo que técnicamente se denomina evaluación de la red social y del apoyo que recibe el enfermo mental crónico en sus diversas necesidades: afectivas, instrumentales, materiales y sociales.
- Los contextos ocupacionales y laborales, que consideramos una de las metas últimas y principales en la rehabilitación integral del paciente psicótico crónico. En este contexto, la evaluación se dirige a la detección de situaciones estresantes y a la evaluación de las habilidades necesarias para funcionar adecuadamente en dichos entornos.

Como decía antes, el objetivo principal de la evaluación en rehabilitación consiste en establecer un exhaustivo diagnóstico del nivel de funcionamiento que permita diseñar planes individualizados de rehabilitación. La evaluación y diagnóstico funcional de las capacidades y déficits conductuales de un individuo es un requisito previo para elaborar un programa de rehabilitación psicosocial. Esto ayuda, por tanto, a identificar las aptitudes, excesos y carencias conductuales que favorecen o dificultan el desempeño de los papeles sociales y ocupacionales de un paciente (Kuehnel y Liberman, 1988).

## 2. Plan Individualizado de Rehabilitación

El trabajo en rehabilitación adquiere su sentido y pertinencia desde la visión integral de los planes de intervención. El pilar fundamental, tanto para el psicólogo como para otros profesionales de la salud mental, es el abordaje de las necesidades de rehabilitación del paciente psicótico a través del diseño y elaboración de *Planes Individualizados de Rehabilitación*, donde se registra la planificación de la intervención a partir de una serie de componentes claves:

1. Identificación de necesidades de rehabilitación, factores de riesgo de incapacitación y prioridades de actuación (Evaluación Funcional).
2. Establecimiento de objetivos individualizados de tratamiento definidos operativamente, tanto a corto plazo como a medio y largo plazo.
3. Definir una temporalidad orientativa para la cobertura y revisión de los objetivos marcados.
4. Establecer áreas de intervención y profesionales responsables de su aplicación.
5. Establecer mecanismos de evaluación continua de procesos y resultados.

La elaboración y aplicación del Plan Individualizado tiene como requisito imprescindible que se base en las necesidades reales expresadas tanto por el paciente, como por sus familiares o personas significativas de su entorno. Es un proceso de tratamiento que en todas sus fases se desarrolla junto con el paciente. Los planes individualizados de rehabilitación alcanzan su máximo efecto en contextos de equipos interdisciplinarios que participan en todo el proceso asistencial.

## 3. Intervención

Una vez establecido el plan individualizado hay que llevarlo a cabo. La intervención en rehabilitación se organiza y estructura en diversas áreas y programas asistenciales:

- *Establecimiento del vínculo terapéutico con el paciente, la adherencia a los dispositivos sanitarios y a los tratamientos farmacológicos.*

Una gran parte de los pacientes psicóticos muestran una gran fragilidad para establecer vínculos terapéuticos con profesionales, centros o programas asisten-

ciales. Dicho vínculo se establece a través del abordaje individual en un proceso que se inicia desde el primer contacto con el servicio de rehabilitación. El objetivo consiste en establecer una relación de confianza y colaboración, que apoye al paciente en la clarificación de sus metas y expectativas de rehabilitación, que pueda identificar valores personales, que incremente su motivación hacia el cambio, que permita la búsqueda de alternativas y le ayude a la resolución de problemas. Asimismo se entrenan a los pacientes a utilizar de forma competente los servicios sanitarios, así como, hacer un uso adecuado de los tratamientos farmacológicos (Kemp, Kirov, Everit, Haywood y David, 1998).

- *Entrenamiento y desarrollo de habilidades básicas de autonomía personal.*

Una de las áreas de funcionamiento en las que los psicóticos crónicos presentan más dificultades son las que tienen que ver con su autonomía personal, como por ejemplo, en la higiene y apariencia personal, en las habilidades necesarias para cocinar, utilización del dinero, etc. Es por ello necesario planificar y poner en práctica actuaciones para el entrenamiento en estas habilidades, bien directamente o bien a través del entrenamiento de familiares o personas que convivan con el paciente (Lieberman, 1988).

- *Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.*

El entrenamiento en habilidades sociales es una de las terapias psicológicas más reconocida en cuanto a su efectividad en la rehabilitación del paciente psicótico (Bellack y Morrison, 1982). Como es bien conocido, el diagnóstico de esquizofrenia implica un claro deterioro y discapacidad en el funcionamiento interpersonal, tanto en componentes verbales y no verbales, como en procesos cognitivos con relación a recibir, procesar y emitir conductas en situaciones de interacción social.

Esto ha hecho que los programas de entrenamiento en habilidades sociales sean un instrumento muy necesario en el proceso rehabilitador y de hecho es una de las intervenciones estrellas en este campo.

- *Rehabilitación de déficits cognoscitivos básicos*

Los pacientes psicóticos crónicos sufren y padecen un importante deterioro en sus capacidades

cognoscitivas como las atencionales, mnésicas, formación de conceptos, etc. que son necesarias para un adecuado ajuste a su medio social. Para su rehabilitación se han desarrollado en los últimos años programas de rehabilitación cognitiva que permiten la mejora de estos déficits (por ejemplo, Roder, Brenner, Hodel y Kienzle, 1996).

• *Entrenamiento en habilidades para el afrontamiento de situaciones de estrés y autocontrol emocional*

El paciente psicótico es muy vulnerable a los eventos o acontecimientos estresantes que ocurren en su medio social, destacándose grandes dificultades para controlar sus estados emocionales asociados a estos acontecimientos. Por ello, es muy importante para la prevención de recaídas, el entrenamiento en estrategias psicológicas de afrontamiento y autocontrol emocional (Florit Robles, 1996; Alonso Aranzábal, García Morais y Salamero Platas, 1997).

• *Entrenamiento en habilidades para afrontar los síntomas psicóticos positivos.*

Esta es un área de intervención especializada, donde se entrena al paciente en la adquisición de estrategias de afrontamiento de síntomas positivos. El objetivo de este tipo de intervenciones es reducir a límites tolerables las interferencias (en términos de respuestas emocionales de ansiedad e inquietud) de los síntomas positivos sobre su nivel de funcionamiento personal y social. Esta actividad terapéutica deberá estar efectivamente coordinada con las prescripciones psicofarmacológicas en sus dosis óptimas para cada paciente psicótico.

Los psicólogos clínicos han desarrollado en los últimos años terapias que permiten abordar estos síntomas de diferentes formas: 1) incidiendo directamente sobre los síntomas psicóticos, 2) desarrollando las habilidades de afrontamiento de los síntomas de los pacientes, 3) y por último, incluyéndolas en estrategias normalizadoras diseñadas para que los pacientes acepten lo que de otra manera serían experiencias muy disruptivas (por ejemplo, Perona Garcelán, Cuevas Yust, Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2003).

• *Intervención familiar.*

Las familias son un apoyo clave en la rehabilitación e integración del enfermo mental crónico. Las intervenciones terapéuticas sobre la familia incluyen, por

un lado, los abordajes psicoeducativos para aumentar los niveles de conocimiento y comprensión de la enfermedad (concepto de esquizofrenia, sintomatología, causa, curso y evolución, detección de pródromos y factores de riesgo de recaídas, afectación emocional de esta enfermedad sobre el paciente y la familia, información sobre los recursos sanitarios y sociales existentes...). Y por otro, el entrenamiento en habilidades de comunicación y resolución de problemas. Los objetivos de estos programas son mejorar el clima familiar reduciendo y previniendo los altos niveles de Emoción Expresada presentes en un porcentaje importante de familias de pacientes esquizofrénicos, y disminuir la tasa de recaídas asociadas con la Emoción Expresada (por ejemplo, Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2000).

• *La orientación vocacional, rehabilitación laboral y ocupacional.*

La orientación vocacional y laboral en salud mental es un área de crucial importancia para alcanzar niveles satisfactorios de integración social.

La intervención rehabilitadora en este ámbito se centra en los aspectos conductuales referidos al proceso de aclaración y toma de decisiones del sujeto en cuanto a las actividades de elección de un empleo, apoyo en la clarificación de metas y el entrenamiento en estrategias para la inserción laboral.

En esta área de trabajo es fundamental la coordinación entre profesionales (psicólogos, médicos, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales, etc.). Todo esto en relación con la cobertura de otros objetivos como por ejemplo, el conocimiento de los requisitos para acceder al empleo, el conocer y utilizar los recursos existentes de búsqueda de empleo, elección de objetivos, ordenación de actividades y tareas, realización del curriculum, cumplimentación de solicitudes, etc (Lieberman, 1988; Rodríguez, 1997).

• *Apoyo a la inserción y adaptación a los recursos residenciales.*

Los pacientes psicóticos que han permanecido muchos años en hospitales psiquiátricos o con numerosos ingresos en los hospitales generales, han perdido progresivamente las habilidades necesarias para poder vivir autónomamente en la comunidad. Por otro lado, la red social a la que el paciente estaba ligado

previamente a las hospitalizaciones, puede haber desaparecido o haberse roto por completo durante dichos ingresos, produciéndose en muchos casos que el paciente, o bien no tenga donde vivir, o no sean admitidos por sus propias familias. Ello hace necesario el diseño de estrategias y programas para que estos sujetos una vez que han conseguido una nueva residencia (pisos protegidos o autónomos, casas hogar, etc.) aprendan a vivir en ellas de forma competente (Martínez López, Perona Garcelán y Cuevas Yust, 2003).

• *Intervenciones en crisis.*

Durante el proceso rehabilitador de un paciente psicótico crónico, pueden producirse situaciones de crisis debido a la alta vulnerabilidad de estas personas a los acontecimientos vitales estresantes. Las crisis se refieren a un aumento significativo de la psicopatología y la disminución del funcionamiento y apoyo social, como respuesta a una amenaza o estresor externo o interno. Desde los servicios de rehabilitación, los profesionales que en ellos trabajan utilizan recursos técnicos que ayudan al paciente a superar las crisis y restablecer su nivel de funcionamiento previo (Weisman, 1989).

#### 4. Evaluación de los resultados y seguimiento

La evaluación es un proceso continuo, útil para determinar y para valorar la eficacia de nuestras intervenciones, y para la identificación de nuevos problemas que puedan surgir a lo largo de procesos de evaluación e intervención tan complejos y prolongados, como son los llevados a cabo con los trastornos esquizofrénicos.

En cuanto a los resultados de nuestras intervenciones, deberán evaluarse a dos niveles: primero aplicando las mismas pruebas utilizadas en la fase de evaluación inicial, mediante autoinformes del paciente y su familia, observaciones y auto-registros, y comparando los resultados *antes, durante y después*; segundo, valorando si los resultados positivos se manifiestan sólo en nuestro centro de trabajo o si se han generalizado al contexto donde vive el sujeto, que es realmente donde se dirige el foco de la intervención.

En cuanto al seguimiento debemos comentar varias cuestiones. La primera es que no basta con conseguir

una modificación, sino que ésta debe de mantenerse en el tiempo, por lo tanto es necesario la realización de evaluaciones periódicas empleando las mismas técnicas que se utilizaron en los primeros contactos con el paciente. La segunda cuestión es que trabajar con personas con diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia hace recomendable mantener contactos periódicos con ellos, en los que además de constatar el mantenimiento de logros pasados, sea posible el establecimiento de nuevos objetivos más ambiciosos, bien porque el sujeto pueda asumir más roles sociales, bien porque han aparecido nuevos recursos que faciliten su integración socio-laboral. Además, es posible la detección de nuevas situaciones problemáticas que requieran nuevos entrenamientos del individuo y de su familia. Por último, mediante el seguimiento se garantiza la relación entre el usuario y el dispositivo de salud mental, imprescindible en la atención comunitaria.

Aspectos básicos a tener en cuenta en la potenciación de las intervenciones rehabilitadoras

Quisiera comentar a continuación tres aspectos muy importantes en el trabajo rehabilitador, como son la coordinación, la formación de otros profesionales y la investigación. Detengámonos brevemente en cada una de ellos.

#### La coordinación en rehabilitación.

Desde la óptica de la salud mental comunitaria, en el que los aspectos interdisciplinares e interinstitucionales tienen una función primordial, surge la coordinación como un elemento clave. La coordinación en salud mental se puede entender como toda actividad sistematizada y reglada que tiene lugar entre personas, grupos o instituciones para el desarrollo de una tarea en común (Duro, 1992).

Consideramos que la coordinación debe facilitar y potenciar estilos de abordajes coherentes con los principios teóricos del enfoque comunitario y que podemos diferenciar a *grosso modo* en tres niveles:

- Coordinación técnica de las tareas clínico-asistenciales, que posibilite la confluencia de los diferentes conocimientos y disciplinas de los profesionales del equipo, en el establecimiento de líneas asistenciales homogéneas de atención integral y continuada.

- La coordinación como facilitación del trabajo en equipo. Esto se refiere al esfuerzo común y la colaboración de los diferentes profesionales, para la consecución del objetivo de la atención integral a los enfermos psiquiátricos.
- La coordinación como garantía para asegurar la continuidad asistencial. La coordinación debe impulsar, además de la consolidación del trabajo en equipo, la coordinación con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios, promoviendo los espacios de reflexión y toma de decisiones consensuadas, en la que se puedan definir tanto las líneas y programas de actuación a seguir, como el apoyo a los diferentes profesionales y paraprofesionales que en ellos intervienen. Todo esto permitirá alcanzar una mayor coherencia de las actuaciones de los diferentes servicios e instituciones que participan en la rehabilitación de una persona con un trastorno psicótico.

### La formación de otros profesionales

La formación en salud mental es uno de los instrumentos principales para el desempeño de funciones asistenciales integradas dentro del trabajo en equipo.

Desde cualquier servicio de salud mental, es necesario definir unas líneas generales teóricas y metodológicas que guíen de manera sistemática las tareas asistenciales. Es por ello, que las Unidades de Rehabilitación, al estar compuestas por equipos multiprofesionales (psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería, monitores), sea necesario definir unas líneas de formación interna que sirvan de marco teórico-conceptual sobre la rehabilitación psicosocial para todo el equipo (relación con el usuario, mejorar la comunicación con el paciente, estrategias de rehabilitación, detección de necesidades del paciente, la familia, etc).

Dentro del contexto de la Rehabilitación Psicosocial, las líneas formativas se pueden dirigir en varias direcciones:

- 1) La formación interna del propio equipo rehabilitador.
- 2) La formación del personal de los Centros de Salud Mental.

- 3) Formación del voluntariado que apoyan los programas de atención al psicótico en la comunidad.
- 4) Formación de los monitores que participan en los programas residenciales y laborales.

### Investigación.

Las actividades investigadoras en este terreno van desde la creación y validación de nuevas escalas e instrumento de evaluación; investigación y validación de técnicas de intervención; evaluación de programas, hasta aportaciones en el terreno de la psicopatología de estos trastornos en los mismos contextos naturales donde el sujeto se comporta y reside.

### A modo de conclusión

Para finalizar esta conferencia me gustaría volver al inicio de éste artículo nos preguntábamos sobre la importancia y la necesidad de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico. Creo que la respuesta a esta pregunta es que la rehabilitación como marco ideológico y filosófico ofrece fundamentalmente una perspectiva integradora y flexible de conceptualización y abordaje de la enfermedad mental, abierta siempre a los nuevos avances científicos en este ámbito. Esto es, se entiende ésta desde el contexto social y cultural donde vive el sujeto, en el que se integran todos los factores biológicos, psicológico y sociales que pueden intervenir en su desarrollo y en este mismo sentido, el tratamiento también se enfoca aplicando intervenciones que integran todas estas variables. Se hace un esfuerzo por escuchar al paciente y tener en cuenta su biografía personal como un elemento clave para comprender su estar en el mundo y su sintomatología actual, y para enfocar el tratamiento y los objetivos que pretendemos alcanzar a corto, medio y largo plazo.

Por otro lado, para los familiares, es desde mi punto de vista un enfoque esperanzador, pues no se les culpa del trastorno de su allegado, y sí se le ofrecen recursos personales para afrontar los problemas que surgen a diario con éste, se les da información para comprender el trastorno y además, se les ofrece apoyo emocional para disminuir la carga que supone convivir con ellos.

Desde el punto de vista técnico, en los últimos años, se han realizado esfuerzos notables para comprobar la



eficacia de las distintas técnicas psicosociales englobadas dentro de los tratamientos rehabilitadores. A continuación, voy a presentar brevemente y de forma resumida las conclusiones de los principales estudios de resultados aportados en la bibliografía científica sobre este tema:

1. Los estudios de resultados han demostrado convincentemente que los programas de entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas, son eficaces para el desarrollo de habilidades instrumentales y competencias sociales en psicóticos crónicos. Más concretamente, en dichos estudios se obtienen las siguientes conclusiones:

- Los pacientes psicóticos crónicos pueden aprender habilidades que mejoren su competencia social en situaciones interpersonales.
- Estos resultados parecen mostrar un efecto de generalización, de moderado a alto, de las conductas entrenadas en esos programas de competencia social (Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2001).

2. Las intervenciones rehabilitadoras realizadas en familiares, también han demostrado su eficacia. En los años setenta se demostró la eficacia de estas intervenciones en la reducción de recaídas y hospitalizaciones. Pero durante la década de los ochenta y noventa se han realizado bastantes ensayos controlados que han utilizado otros indicadores para medir su eficacia. Estas investigaciones han demostrado que las intervenciones sobre familiares de personas con un trastorno psicótico:

- Mejoran la capacidad de muchas familias para incrementar el funcionamiento social de su allegado enfermo.
- Disminuyen significativamente la carga emocional de las familias, frente a los grupos control.

- Producen un incremento de la satisfacción del consumidor con las intervenciones realizadas.
- Son más económicos que los tratamientos tradicionales (farmacoterapia, hospitalización, psicoterapia tradicional individual).
- Contribuyen a la prevención de recaídas (Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2000, 2001).

3. Los programas de Rehabilitación Cognitiva de psicóticos crónicos, van dirigidos principalmente a reducir déficits en las funciones atencionales y otras funciones en este ámbito. Hasta la fecha tenemos pocos estudios controlados de su eficacia. Sin embargo, los datos disponibles muestran que los pacientes incluidos en estos programas consiguen mejoras significativas en algunas de las variables mencionadas en un tiempo relativamente corto. No obstante, éste ámbito de trabajo y sus aportaciones técnicas son relativamente recientes y aun son necesarias nuevas investigaciones (Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2001).

4. En relación con la adherencia a los tratamientos en psicóticos, existen investigaciones que han demostrado que las intervenciones psicoeducativas y las técnicas cognitivo-conductuales facilitan la adherencia a los tratamientos, contribuyendo, junto con otras técnicas, a la disminución de recaídas (Kemp, Hayward, Applewhaite, Everit, y David, 1996; Kemp, Kirov, Everit, Hayward, y David, 1998).

5. En la presente década están apareciendo estudios controlados que demuestran que las técnicas cognitivo-conductuales influyen positivamente en la disminución de síntomas psicóticos como las ideas delirantes o las alucinaciones, en pacientes resistentes al tratamiento farmacológico (Perona Garcelán, Cuevas Yust y Martínez López, 2003).

Por último, hemos de destacar que los resultados descritos anteriormente, nos permiten concluir que estas intervenciones son también útiles y básicas (junto con

*Se hace un esfuerzo por escuchar al paciente y tener en cuenta su biografía personal como un elemento clave para comprender su estar en el mundo y su sintomatología actual, y para enfocar el tratamiento y los objetivos que pretendemos alcanzar*

los tratamientos farmacológicos) en la complementación de otras estrategias de intervención social y sanitaria más globales, que permiten la óptima adecuación de la persona con un trastorno psicótico a entornos laborales y residenciales.

### Referencias bibliográficas

Alonso Aranzábal, B.; García Morais, B. y Salamero Platas, C. (1997). Habilidades de autocontrol y manejo del estrés. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.

Anthony, W. y Liberman, R.P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12 (4), 542-559.

Bellack, A.S. y Morrison, R.L. (1982). Interpersonal dysfunction. En A.S. Bellack; M. Hersen y A.E. Kazdin (Eds.), *Interpersonal Handbook of Behavior Modification and Therapy*. Nueva York: Guilford Press.

Crow, T.J., MacMillan, J.F., Johnson, A.L. y Johnstone, E. C. (1986). The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia: II. A controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. *British Journal of Psychiatry*, 148, 120-127.

Duro, J.C. (1992). La coordinación. Una nueva función en salud mental comunitaria. *Clínica y Salud*, 3, 281-288.

Farkas, M. y Anthony, W.A. (1990). *Psychiatric Rehabilitation Programs. Putting Theory into Practice*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Florit Robles, A.C. (1996). Desarrollo de una intervención en un caso de esquizofrenia residual. *Clínica y Salud*, 7, 343-357.

García Montes, J.M. y Pérez Álvarez, M. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 107-121.

Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everit, B. y David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: A randomised control trial. *British Medical Journal*, 312, 345-349.

Kemp, R., Kirov, G., Everit, B., Hayward, P. y David, A. (1998). Randomised control trial of compliance therapy in psychotic patients: 18 month follow-up. *British Journal Psychiatry*, 172, 413-419.

Kuehnel, T.G. y Liberman, R.P. (1988). Functional assessment. En R.P. Liberman (Ed.), *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington: American Psychiatric Press.

Liberman, R.P. (1988). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington: American Psychiatric Press.

Martínez López, M.J., Perona Garcelán, S. y Cuevas Yust, C. (2003). Soporte residencial de enfermos mentales crónicos. *Intervención Psicosocial*, 12, 19-34.

Perona Garcelán, S.; Cuevas Yust, C.; Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S. (2003). *Terapia Cognitivo Conductual de la Esquizofrenia: Guía Clínica*. Madrid: Minerva Ediciones.

Perona Garcelán, S., Cuevas Yust, C. y Martínez López, M.J. (2003). Tratamientos psicológicos eficaces en delirios y alucinaciones. En M. Pérez Álvarez y J.R. Fernández Hermida (Coordinadores), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide.

Roder, V.; Brenner, H.D.; Hodel, B. y Kienzle, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.

Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.

Ruiz Vargas, J.M. (1987). *Esquizofrenia: Un enfoque cognitivo*. Madrid: Alianza.

Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en esquizofrenia. *Psicothema*, 12, 671-681.

Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), 345-364.

Watts, F.N. y Bennett, D.H. (1991). *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Chichester: Wiley.

Weisman, G.K. (1989). Crisis Intervention. En A.S. Bellack (Ed.), *A Clinical Guide for the Treatment of Schizophrenia*. Nueva York: Plenum Press.

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86 (2), 103-126.