

La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica

Alejandro FLORIT-ROBLES

*Coordinador Técnico de la Línea de Rehabilitación Psicosocial
Hermanas Hospitalarias. Madrid*

Resumen

En el presente artículo se describe el proceso de la rehabilitación psicosocial. Se analizan aspectos como la necesidad de implantarlo en la atención a las personas con esquizofrenia crónica, el impacto del estigma social, los objetivos y la metodología de intervención descrita en varias fases como la acogida, evaluación, establecimiento de un plan individualizado de rehabilitación, intervención propiamente dicha y seguimiento. Se defiende que no todo vale en rehabilitación psicosocial, siendo necesaria la base teórica y filosófica así como el uso de intervenciones basadas en la evidencia. Se concluye haciendo mención a la importancia del equipo rehabilitador, la necesidad de una buena coordinación interinstitucional así como algunos riesgos a evitar en el futuro.

Palabras clave: rehabilitación psicosocial, esquizofrenia, enfermedad mental crónica, estigma social.

Abstract

The present article describes the psychosocial rehabilitation process. There are analyzed aspects like the necessity to implant it in the treatment of the people with chronic schizophrenia, the impact of social stigmata, the objectives and methodology of intervention described in several phases like the initials, assessment, establishment of an individualized rehabilitation plan, intervention itself and outcome. It is commented that not all methodology is valid in psychosocial rehabilitation, being necessary a theoretical and philosophy base and the use of evidence based interventions. The article concludes making mention to the importance of the rehabilitation team, the necessity of a good interinstitutional coordination as well as some risks to avoid in the future.

Key words: Psychosocial Rehabilitation, Schizophrenia, Chronic Mental Illness, Social Stigmata.

Hoy en día la intervención de la enfermedad mental grave y crónica, principalmente la esquizofrenia en sus diferentes tipos, no

puede entenderse si no es de un modo integral. Históricamente se ha conceptualizado de maneras muy diversas, y por tanto, el

tratamiento que se les daba a los sujetos enfermos ha variado con el paso de los siglos. Por ejemplo, en la Edad Media se quemaba a las enfermas mentales creyendo que era brujería, en la época de la Ilustración se recluía forzosamente a los que se denominaban *sin razón*, las famosas *casas de retiro* iniciadas por Pinel o Tucke con un tratamiento incluso ocupacional, hasta las terapias de corte biológico como la electroconvulsiva o los comas insulínicos. No es hasta mediados del siglo pasado que aparecen los psicofármacos.

Sin embargo, con el uso generalizado de los psicofármacos, se comprobó que la mejoría de los pacientes era relativa. Para alcanzar la independencia funcional de las personas con enfermedad mental no bastaba administrar un buen fármaco, sino que se demostró la necesidad de potenciar alternativas de rehabilitación psicosocial.

Así por ejemplo, Hogarty y Anderson (1986) demostró como el 41% de las personas tratadas farmacológicamente presentaban una recaída al cabo de un año frente a un 68% de los que fueron tratados con placebo. Estas diferencias se hicieron más evidentes cuando el seguimiento se hizo a los dos años, presentando recaídas en el grupo de los tratados farmacológicamente sólo el 48% frente al 80% del grupo tratado con placebo. Con estos datos se puede afirmar que los psicofármacos previenen las recaídas, además se pudo demostrar que prácticamente el 100% de los sujetos que no se medicaron sufrieron una recaída, que el 35% lo hicieron cuando eran tratados farmacológicamente y que sólo un 21% lo hicieron cuando a los psicofármacos se añadió psicoterapia. Los datos de las recaídas son un dato fundamental para estudiar la eficacia de un tipo de intervención y los costes que conllevan el tratamiento. De hecho, los costes de las intervenciones comunitarias se han podido financiar en

muchos países a través de la reducción de los de la hospitalización al disminuirse debido a dicha intervención comunitaria, siendo esta última mucho más económica que la hospitalización prolongada (Vidaver, 1993). Se ha demostrado que el gasto en un tratamiento comunitario llega a ser hasta un 43% menor que el que supone un ingreso en una unidad de cuidados psiquiátricos prolongados (Sallize y Rossler, 1996).

A lo largo del Siglo XX las enfermedades crónicas en el ser humano han tenido una relevancia cada vez más importante, y se prevé que se siga esta trayectoria a lo largo de nuestro siglo. Si bien antes importaba que un tratamiento curase la enfermedad aguda, hoy prevalece mucho más el tipo de enfermedad crónica. Y esto no sólo ocurre en las enfermedades mentales, sino en toda la medicina. Es por ello que la medicina se ha visto obligada a incluir en la valoración de las intervenciones no sólo el concepto de curación, sino el de calidad de vida. Los pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia suelen presentar una multitud de necesidades en todas las esferas de su vida, como por ejemplo su funcionamiento psicosocial y su participación en la comunidad, lo que ha obligado a modificar los marcos de intervención más tradicionales (Sartorius, 1995). Estudios como el de Cohi (1990) demuestran la efectividad de los tratamientos psicosociales y vocacionales en la mejora de la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos frente al grupo de tratamiento farmacológico exclusivamente. Por tanto, todo ello debe contemplarse desde el foco de la rehabilitación psicosocial.

Un mismo diagnóstico no implica unas mismas necesidades. Hay muchos factores que influyen en la gravedad de una enfermedad mental. Obviamente el propio diagnóstico conlleva una determinada gravedad, pero, tal y como la Asociación Madrileña de Salud

Mental definió, hay que considerar la comorbilidad de otras patologías tanto psíquicas como físicas y el grado de discapacidad producido, considerando el funcionamiento del sujeto en autocuidados y cuidado de la salud, el afrontamiento personal y social, la autonomía personal y social y los aspectos relacionados con el tratamiento, repercusión del trastorno en el medio familiar y social, riesgo autolítico, precariedad de la red social y apoyo social, tipo de demanda, tiempo de evolución del trastorno, complejidad que el sujeto presenta en el manejo terapéutico o aparición de síntomas en etapas evolutivas especialmente relevantes.

De todas las enfermedades mentales existentes, la esquizofrenia es una de las 10 más discapacitantes según la OMS (Murray y López 1996). Thornicroft y Tansella (1996) revelan que la enfermedad causa angustia, pérdida de productividad, una menor calidad de vida y problemas médicos y mentales de carácter secundario tanto en los propios sujetos como en sus familiares.

Es por todo ello que el tratamiento de la esquizofrenia debe contemplar diferentes componentes (psicofarmacológico, intervención psicosocial y rehabilitación social) de una manera integrada (Kanter 1989). Cada uno de estos componentes puede ser desarrollado por distintos servicios o recursos exigiendo una buena coordinación interinstitucional que los conforme como una red integral, con la colaboración de las diferentes administraciones públicas y privadas, especialmente sanitarias y de servicios sociales, aunque también del sistema de empleo, educativo, judicial, etc.

El estigma social

Todo lo dicho hasta ahora es común con la mayoría de las enfermedades crónicas: valoración del diagnóstico y su impacto en la

calidad de vida del sujeto. Sin embargo, en la esquizofrenia hay que añadir la valoración e intervención sobre el estigma social. La palabra *estigma* viene del griego, y significa *atravesar, hacer un agujero*. Efectivamente, el hecho de conocer que alguien está diagnosticado de esquizofrenia, tiene un impacto sobre las personas que le rodean, de modo tal que se produce todo un proceso de rechazo y discriminación, que se manifiesta en diferentes facetas de la vida:

- *Alojamiento*: a menudo se encuentran dificultades para alquilar un piso cuando los propietarios o vecinos se enteran que vivirá una persona con esquizofrenia. De hecho, nuestra Organización (Hermanas Hospitalarias) ha ampliado a lo largo de los dos años pasados su red de pisos supervisados situados en comunidades de vecinos normalizadas; de los propietarios contactados para alquilar su piso, el 83% de los casos se negaban a alquilarlo al conocer que quienes vivirían en él serían personas con enfermedad mental crónica (a pesar de que habían sido informadas de antemano que en el piso vivirían personas con minusvalías).
- *Tratamientos comunitarios*: cuando se va a abrir un centro en el medio comunitario se producen movimientos vecinales para evitarlo con argumentos tan variopintos como *es que si ponen ahí este centro, mi casa se desvalorizará*. De hecho nos hemos encontrado con algún caso de llegar a negarse a vender unos locales al conocer para qué se iban a utilizar, pues la vivienda del propietario estaba en el mismo edificio.
- *Integración laboral*: muchas empresas necesitan contratar a personas con minusvalías, pero al enterarse el empresario del tipo de minusvalía lo más probable es que no le contraten. Lo más grave es

que esto puede ocurrir incluso en centros especiales de empleo.

- *Negativa a que alguien con esquizofrenia forme parte de un grupo social, etc.*

Todos estos puntos, a su vez, dificultan la mejoría de la persona con enfermedad mental grave y crónica, produciéndose un círculo vicioso de empeoramiento, algo así como ocurre en el fenómeno de la *profecía autocumplida*.

El estigma ha sido últimamente muy estudiado, pero la intervención para eliminar o debilitar el prejuicio no resulta rápido ni fácil. Hall, Brockington y Levings (1993) demostraron cómo en un distrito de Inglaterra donde había tenido un programa de intervención psiquiátrica durante 10 años, los ciudadanos presentaban una tolerancia escasamente mayor hacia los enfermos mentales que en otros distritos que no tenían ningún programa de intervención.

Desde el prejuicio, es frecuente entre la población general, escuchar algunas de las siguientes afirmaciones fundamentadas en ideas irracionales o *mitos*:

- La esquizofrenia no puede ser tratada.
- Los esquizofrénicos deben ser reclusos.
- Las personas con esquizofrenia son violentas y peligrosas.
- Si una persona tiene esquizofrenia, algo habrá hecho para merecerlo.
- La esquizofrenia es culpa de los padres.
- Los esquizofrénicos no hacen nada, están siempre viviendo de la sopa boba. No pueden ni quieren trabajar.
- No se puede hablar con estas personas, no saben lo que dicen.
- No pueden tomar decisiones, hay que hacerlo por ellos.

Estos mitos *atraviesan* a todas las personas que tienen esquizofrenia, con inde-

pendencia de cómo sean realmente como personas o el grado de afectación, por lo que cualquier programa de rehabilitación psicosocial deberá contemplar el manejo del estigma y de los mitos antes expuestos. Además se ha demostrado en diversos estudios que el estigma no es exclusivo en la sociedad en general, sino que se produce también entre profesionales de la salud. Sin embargo, Núñez y Gómez-Feria (1992) demostraron cómo entre los trabajadores de un hospital general en el que existía una unidad de agudos, había un predominio de actitudes positivas hacia los enfermos mentales, lo que hace pensar que el conocimiento y contacto con estas personas disminuye de por sí el estigma. Es por ello que la reducción del estigma hay que trabajarlo desde ángulos diferentes:

- Dando información a la población para modificar esas actitudes mediante los medios de comunicación, campañas, etc.
- Desde la propia integración comunitaria de la persona con enfermedad mental, ya que el mejor modo de *enseñar* a la sociedad a eliminar los mitos es conociendo de primera mano, poniendo cara y nombre, a las propias personas con enfermedad mental (Penn, Guynan y Daily, 1994).
- Modificando leyes, de forma que se facilite la integración de las personas con esquizofrenia.

Rehabilitación psicosocial: definición y objetivos

Las intervenciones psicosociales pretenden reducir el impacto que tienen en la vida del sujeto tanto de los síntomas negativos de la esquizofrenia como de los positivos, aumentar el conocimiento sobre el trastorno que pueda tener el propio sujeto y su familia, así como favorecer la adhesión al tratamiento

farmacológico, prevenir recaídas, mejorar las habilidades sociales y la propia red social del paciente, proporcionar estrategias de afrontamiento del estrés en los enfermos y sus familiares, etc. (Muesser, Liberman y Glynn, 1990; Tomaras, Vlachonikolis, Stefanis y cols., 1998).

Pero no sólo se ha de fijar en los aspectos de recuperación o afrontamiento de los déficit sino que debe complementarse con una intervención que potencie las *fortalezas* de los sujetos así como una intervención sobre el propio *entorno*. Es más, la rehabilitación psicosocial debe apoyarse como eje prioritario en aquellas habilidades conservadas por los sujetos y potencialidades que de modo natural ofrece su medio. Un modelo muy adecuado para la rehabilitación psicosocial es el modelo de Competencia (Costa y López, 1991) que promulga la existencia de recursos en todas las personas, la necesidad del profesional de activar dichos recursos y potenciar los existentes en la comunidad. Esto implica la individualización del proceso, la participación activa por parte del sujeto y una actitud de esperanza, también por parte del profesional, evitando poner etiquetas a los individuos que sólo pueden producir el *efecto halo*.

Por tanto, otro foco de intervención es promover aquellos recursos existentes en el medio natural donde vive el sujeto, más que crear entornos ideales pero alejados de la realidad del propio sujeto.

En este sentido, tal y como se indica en el *Documento de Consenso sobre Rehabilitación e Integración Social de las Personas con Trastorno Mental Grave* (IMSERSO, 2003), la rehabilitación psicosocial debe contemplarse como una filosofía de intervención asistencial en el abordaje del Trastorno Mental Grave.

Esta filosofía queda reflejada en los siguientes puntos definidos por Pilling (1991):

- Está basada en una concepción amplia de los derechos humanos de forma que se reconozca y promueva una ciudadanía plena y digna de la persona con enfermedad mental.
- Debe promover y fomentar la implicación activa y responsable del sujeto en el control de su vida y del proceso de rehabilitación según sus objetivos y planes personales. La rehabilitación psicosocial no puede concebirse como un tratamiento forzoso ya que la implicación del individuo en todo el proceso rehabilitador es un elemento fundamental para la consecución de buenos resultados. Es por ello que debe potenciarse la motivación del sujeto.
- Ha de promover la integración del sujeto en su comunidad natural.
- El desarrollo de pautas de vida y el desempeño de roles debe ser lo más normalizado posible dentro de la Comunidad. La graduación de la intervención debe contemplarse de forma que, en líneas generales, se pueda ir moviendo desde un apoyo intenso, cuando sea necesario, hasta el mínimo posible para cada sujeto.
- Se debe maximizar la autonomía e independencia basándose en las capacidades del sujeto.
- Se ofrece el apoyo que cada sujeto necesite, de una manera individualizada y durante el tiempo que precise. La flexibilidad es un elemento importante para poder adaptar el proceso de intervención a cada momento, según las necesidades y dificultades que vayan apareciendo.
- Ha de partir de la individualización, por lo que el proceso de intervención debe diseñarse para cada persona.
- Tiene que implicar una actitud de esperanza (por parte de los profesionales) sobre las posibilidades de cada persona.

- Se debe enfatizar la evaluación de resultados (calidad de vida, satisfacción, eficacia y eficiencia...), revisándose constantemente los servicios y programas prestados.

El objeto de la Rehabilitación Psicosocial, tal y como apunta Rodríguez (1997) es el de ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de manera que pueda mantenerse en su entorno natural y social en unas condiciones de vida lo más normalizadas e independientes posibles. La normalización de las personas con discapacidad no es sinónimo de normalidad (igualar unos patrones a lo estadísticamente mayoritario), cada persona es como es, con sus peculiaridades; se trata de ofrecer oportunidades y apoyo para permitir un estilo de vida similar al resto de los miembros de su comunidad (Nirje, 1969). De hecho la normalización no es un todo o nada, sino un *continuum*.

Además de la reducción de los síntomas por medio de la medicación e intervenciones psicológicas, los objetivos principales de la rehabilitación psicosocial se concretan en (Cañamares, Castejón, Florit, González, Hernández y Rodríguez, 2001):

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

De este modo, se pretenden cubrir todas aquellas necesidades detectadas en la población esquizofrénica y que son resumidas en un documento elaborado por la red Maristán en la *Conferencia Internacional para el Consenso sobre los Cuidados y las Necesidades de las Personas Afectadas por Trastornos Esquizofrénicos que Viven en la Comunidad* (Asociación Mundial de Psiquiatría, 1999):

- Alojamiento, en primer lugar en lugares comunitarios o familia de origen y si esto no fuera posible, en otros espacios específicamente diseñados en función de las necesidades de la persona atendida, desde un mínimo de supervisión, hasta 24 horas al día los 365 días del año.
- Educación o re-educación de las capacidades básicas, interpersonales y sociales, en las que se incluyen el cuidado e higiene personal, el cuidado diario del hogar y otras tareas domésticas, la alimentación (incluyendo la compra de alimentos y preparación de comidas), la administración y el uso del dinero, la realización de compras y la gestión de asuntos de índole personal y el desarrollo de habilidades sociales y de relaciones interpersonales. En aquellos casos en que no se puedan

- recuperar las habilidades necesarias, la intervención psicosocial deberá contemplar el diseño de un programa de apoyo suficiente que asegure una adecuada calidad de vida.
- Ocupación, promoción de empleo y ayudas sociales, asegurando una cobertura económica suficiente. En este sentido se buscará prioritariamente el empleo ordinario, y en caso de que esto no pudiera ser se orientará la intervención hacia el empleo protegido. Sin embargo otras personas no podrán acceder a ningún tipo de empleo, en cuyo caso habría que articular los apoyos necesarios para que puedan recibir las ayudas sociales que garanticen su independencia económica.
 - Ocio y tiempo libre, procurando su inserción en el tejido social incluyendo las formas naturales del asociacionismo.
 - Movilidad y comunicaciones. Es necesario asegurar el uso del transporte y otros medios de comunicación necesarios para mantener el contacto con la comunidad.
 - Formación laboral y profesional. El proceso educativo ha sido a menudo truncado con la aparición de la esquizofrenia, siendo necesario recuperarlo.
 - Vida diaria. Las personas que tienen diagnóstico de esquizofrenia refieren como uno de los elementos más preocupantes su aislamiento y soledad, la falta de amistades, problemas de pareja (o inexistencia), etc. En este sentido hay que articular la intervención necesaria para potenciar y movilizar los recursos existentes en el sujeto y su entorno, así como entrenar aquellos inexistentes.
 - Intervenciones terapéuticas. Es necesario contemplar el apoyo en el seguimiento del estado de la salud física de las personas desde atención primaria.

- Información acerca del estado de salud y tratamiento. Todo sujeto tiene derecho a ser informado sobre su salud y los tratamientos recibidos así como consentir en ellos. En el caso de las personas con esquizofrenia y sus familias se constata con demasiada frecuencia el enorme desconocimiento que tienen sobre el trastorno y su tratamiento.
- Relación con la familia y otros. Se trata de trabajar con y para la familia.

Metodología de la rehabilitación

Hacer teoría sin práctica es parálisis, pero hacer práctica sin teoría es ceguera. La rehabilitación psicosocial ha de contar con una fundamentación teórica y con programas de intervención basados en la evidencia.

Hoy en día existen muchos estudios y meta-análisis que avalan la rehabilitación psicosocial en su conjunto, tanto por su eficacia como por su eficiencia. Sin embargo, existen dificultades ya que en muchas ocasiones se usa el término de *rehabilitación psicosocial* para una variedad de intervenciones muy diferentes y desde modelos teóricos diversos; además los beneficios de esta intervención suelen aparecer a medio o largo plazo (Barton, 1999).

Una de las necesidades que implica trabajar en rehabilitación psicosocial es la de acercar los recursos al entorno natural del sujeto en lugar de sacar a éste, como se hacía tradicionalmente. Sin embargo, tal y como avisaba ya Bank-Nikkelsen en 1976, el mero hecho de situar las instituciones en la comunidad no es condición suficiente, aunque sí necesaria, para conseguir la normalización de la persona con discapacidad.

Se pueden definir varias fases en el proceso de la Rehabilitación Psicosocial. Éstas no deben ser consideradas como estadios

lineales, pues en ocasiones se superponen o hay que ir de adelante a atrás en el proceso o incluso saltar alguna de las fases. Sin embargo, el concepto de cada una de las etapas aclara mucho el trabajo en rehabilitación.

Las fases que se desarrollarán seguidamente, se denominan: acogida, evaluación, establecimiento del plan de intervención, intervención propiamente dicha y seguimiento.

Fase de acogida

Cuando una persona accede a un recurso de rehabilitación psicosocial suele enfrentarse a una situación novedosa y por tanto generadora de estrés. Su historia pasada de tratamientos seguramente no le ofrece las claves de cómo será este tipo de intervención, muy diferente a los ingresos psiquiátricos que haya podido necesitar o los tratamientos de *despacho*.

La voluntariedad de este tipo de tratamientos, la novedad para la persona y la necesidad de reducir el impacto del estrés, hace necesario cuidar, y mucho, el proceso de acogida de la persona con esquizofrenia y a sus familias. El objetivo es facilitar la adaptación del recurso y de la persona atendida al proceso de rehabilitación individualizado. Es, por tanto, un proceso interactivo donde la responsabilidad es compartida.

El tiempo que debe durar esta fase es muy variable en función de cada proceso. Tampoco existe un modo único de realizar la acogida debiendo, flexibilizarse en función de las siguientes variables:

- Nivel de voluntariedad del sujeto y su creencia en la conveniencia de iniciar dicho proceso de rehabilitación.
- Capacidad cognitiva para comprender una situación novedosa y sus implicaciones, así como la capacidad legal de la persona.

- Grado de implicación de su entorno, y de su familia concretamente.
- Nivel de cronicidad y gravedad de la enfermedad.
- Grado de autonomía en la vida diaria, y específicamente en el uso del transporte.
- Aceptación de las relaciones sociales y contacto con otras personas con enfermedad mental grave y crónica.

Se pretende que al final de este proceso el sujeto y su familia entiendan qué se pretende, se ajusten sus expectativas de modo que sean lo más realistas posibles (qué se puede pedir al proceso de rehabilitación y qué aspectos no dependen directamente de éste) y se logre un cierto compromiso y motivación por parte de la persona con enfermedad mental, iniciando el control desde el individuo sobre su propio proceso de rehabilitación. Por parte del recurso rehabilitador, se pretende conocer las necesidades iniciales, así como comenzar con la individualización y adaptación de la evaluación a dichas necesidades, y recursos de la persona y de su entorno.

Como la mayoría de las personas han sido tratadas con anterioridad en otros servicios (como el Servicio de Salud Mental), es necesario conocer de antemano la historia del tratamiento de la persona. En este momento se inicia la necesaria coordinación interinstitucional (Florit, Fernández y Morante, 1998). Se trata de evitar el repetir valoraciones o intervenciones realizadas ya en el pasado, de modo que la persona entienda que el proceso de rehabilitación psicosocial no es algo que irrumpe en su vida sin un antes ni un después, sino que conecta directamente en algo que ya se venía haciendo y lo complementa.

En la mayoría de recursos de rehabilitación psicosocial ya se está implantando lo que se llama un *Plan de Acogida Individualizado*. Se trata de establecer unas líneas generales de

forma que todo el equipo rehabilitador trabaje en un mismo sentido desde que el usuario comienza el contacto con dicho equipo.

Aunque en este momento se comienza a hacer una evaluación e intervención informal con la persona, es en la siguiente fase cuando se despliegan todas las estrategias posibles para la obtención de información.

Fase de evaluación

Una vez logrado el compromiso con el usuario, un cierto grado de motivación hacia su proceso rehabilitador y lograda la adaptación del recurso a sus necesidades, se comienza la fase de evaluación. Dicha evaluación es guiada por un profesional que debe responsabilizarse de todo el proceso aunque éste se realice de forma interdisciplinar por todo el equipo.

Se suelen utilizar múltiples instrumentos, pero lo más adecuado es utilizar la entrevista semiestructurada y la observación natural. Por supuesto, se puede completar la información así como aumentar la validez convergente mediante el uso de pruebas conductuales, cuestionarios y *tests* validados. Estos últimos suelen ser útiles para comparar intervenciones o servicios así como para valorar y profundizar en áreas muy concretas del funcionamiento de la persona o de su entorno.

Es muy importante recoger información de diferentes fuentes (el propio usuario, distintos familiares y profesionales, etc.) así como en múltiples contextos. Las actividades que se realizan en el propio centro sirven de marco natural para valorar las habilidades y necesidades de cada persona. De este modo es

más útil observar al individuo en una salida y valorar cómo se orienta, que pasarle pruebas neurocognitivas de orientación espacial, u observar cómo interactúa con sus compañeros más que administrarle un cuestionario sobre habilidades sociales ante iguales.

Se deben diseñar protocolos de evaluación en función del tipo de servicio (ya sea este residencial, laboral, psicosocial o de soporte) de forma que se unifiquen las áreas que se han de evaluar y que cada profesional sepa qué tiene que valorar evitando duplicidades en las preguntas al usuario. Aunque se incida más o menos en una u otra área en función de los déficits y fortalezas de cada persona, las áreas a valorar pueden ser las siguientes¹:

- a) *Objetivos de la derivación y expectativas del usuario y su familia respecto al centro.* Esta información se habrá recogido en parte en la fase de acogida, pero se incidirá en ello a lo largo de todo el proceso de evaluación dada su máxima importancia.
- b) *Datos biográficos y clínicos.* En este apartado se incluirán los datos más relevantes de las siguientes áreas:
 - *Antecedentes psiquiátricos familiares.* Esta información es útil para conocer el contexto de la persona y los apoyos con los que contar a lo largo del proceso de rehabilitación.
 - *Ajuste previo.* Es necesario conocer el ajuste que ha tenido la persona antes de brotar en cuanto a la escolarización (rendimiento y ajuste personal y social) así como la actividad laboral (descripción, rendimiento y ajuste personal y social) y relaciones interpersonales y de pareja.

1. Estas áreas de evaluación han sido definidas con el equipo de Directores de Recursos de la Línea de Rehabilitación Psicosocial de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús: J.L. Arroyo, B. Collantes, A.I. Delfa, L. Díaz, A. Florit, A.B. Guisado, M. Hernández, J.L. Jiménez, A. López-Bravo y R. Ovejero.

- *Inicio de la enfermedad.* Se evalúa cómo se desarrolló el primer brote esquizofrénico: edad de inicio, circunstancias precipitantes, características del primer episodio, respuesta de la familia y del entorno. También se estudia la evolución temporal de la enfermedad: curso, número de ingresos y gravedad de los mismos, tipo de diagnósticos recibidos, sintomatología predominante, historia de intentos autolíticos, dispositivos y tipo de internamiento en los distintos ingresos, tratamientos recibidos, respuesta a los mismos y adherencia. Por último, se revisarán los datos biográficos de este periodo que pudieran resultar relevantes.
- c) *Aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento.* En este apartado se valoran datos relativos a la enfermedad una vez que esta se precipitó. Se recogerán los siguientes puntos:
- *Enfermedad actual.* No sólo se valora el diagnóstico sino muy específicamente el tipo de sintomatología positiva y negativa, interferencia sobre su funcionamiento, ideación autolítica y pauta farmacológica actual.
 - *Conciencia de enfermedad.* Se analizan las expectativas y conocimiento que la persona tiene sobre su diagnóstico, síntomas, causas, tratamiento y pronóstico de la enfermedad..
 - *Factores de riesgo y de protección de crisis.* Tal y como expone el modelo de Vulnerabilidad o de Diátesis-estrés (Lieberman, 1993; Ochoa y Vázquez, 1989; Perris, 1988; Zubin, 1987), existen factores protectores que el proceso de rehabilitación psicosocial debe potenciar. En este sentido, se podrá mejorar la prevención de las crisis analizando los factores asociados a las descompensaciones (como por ejemplo, el consumo de tóxicos), las estrategias de prevención de recaídas que utiliza el individuo y sus pródromos.
 - *Tratamiento farmacológico.* En este apartado hay que conocer qué tipo de información dispone la persona con esquizofrenia sobre su pauta, indicaciones, efectos secundarios. También se evalúa la competencia y autonomía de la persona para tomarse la medicación según lo prescrito por su psiquiatra, así como los problemas que pueden aparecer en el manejo de la medicación (por ejemplo, aumentar o disminuir la dosis en función de su estado emocional) y el afrontamiento ante situaciones difíciles, como quedarse sin medicación, olvidos de una toma, etc.
 - *Manejo de recursos sanitarios.* Es necesario saber si la persona sabe qué recursos existen en su entorno (Hospitalización, Servicio de Salud Mental Comunitario, Urgencias, etc.), y para qué sirve cada uno de ellos. De éste modo se puede evitar un mal uso o abuso de estos recursos.
- d) *Área de competencia personal y afrontamiento. Manejo de estados emocionales.* Se evalúan los tres grandes estados: ansiedad, disforia e ira. Se trata de hacer una valoración psicológica de los mismos, la interferencia que esto puede hacer en la vida diaria del sujeto, así como el autocontrol y las estrategias de afrontamiento de la persona y apoyos del entorno con los que puede contar. Hay que ver si la persona tiene una autoestima adecuada que apoye el proceso de rehabilitación. Una estima excesivamente baja o alta puede tirar por tierra muchas de las intervenciones que

se propongan.. Por último, se evalúa el proceso de toma de decisiones, que estará implicado en todas las decisiones que se deben tomar a lo largo de toda la intervención.

e) *Funcionamiento cognitivo*. Estos aspectos se valorarán a nivel general a modo de *screening*, haciendo especial hincapié en cómo interfiere en su funcionamiento diario. Hay que considerar la atención, memoria, función ejecutiva, orientación temporo-espacial y otras capacidades como la lectura, escritura y el cálculo elemental. No se trata de hacer una evaluación neuropsicológica completa, pero sí es necesario conocer el nivel de la persona por si puede interferir en toda la intervención posterior.

f) *Actividades de la vida diaria y de auto-mantenimiento*. Este apartado es extenso por la implicación directa que tiene en el funcionamiento autónomo de la persona. Se trata de evaluar el nivel de funcionamiento actual haciendo referencia al funcionamiento premórbido, y a lo que podría ser considerado como normal para el entorno natural donde vive la persona. Seguidamente se listan los puntos de interés:

- *Higiene personal y vestido*. El grado de autonomía (qué hace, frecuencia y cómo lo hace), la percepción de la necesidad de desarrollar una adecuada higiene personal así como los hábitos de su entorno son factores decisivos que hay que conocer.
- *Hábitos de salud*. Se evalúan datos como frecuencia, adecuación de los hábitos en cuanto a su alimentación, sueño, ejercicio físico, consumo de sustancias como nicotina o cafeína.. Además, es necesario conocer si la persona es capaz de cuidarse adecua-

damente y afrontar sus problemas médicos generales.

- *Comunicación funcional*. Hoy en día toma cada vez más relevancia este punto, el manejo de instrumentos para la comunicación como el ordenador, Internet, teléfonos, etc.
- *Integración comunitaria*. Hay que conocer la capacidad del individuo para usar el transporte público, los diferentes recursos comunitarios existentes en su zona y muy especialmente el manejo y administración de su dinero.

g) *Actividades productivas*. Al igual que en el apartado anterior, se evalúa el nivel de funcionamiento actual y el funcionamiento premórbido de la persona con esquizofrenia:

- *Manejo del hogar*. Es necesario conocer antes, las características del domicilio y por ello es conveniente realizar una evaluación *in situ*, si lo acepta el usuario y su familia. Además, se valora la percepción de necesidad del sujeto a la hora de desempeñar sus tareas domésticas (cocina, cuidado de la ropa, limpieza y orden) y el nivel de autonomía que posee. Por último, se evalúa la capacidad del enfermo para prevenir accidentes domésticos.
- *Cuidado de otro*. En este área se recogen aquellas actividades que realiza la persona relacionadas con las personas que puede tener a su cargo, como hijos o padres mayores y cómo esto puede influir en sus rutinas diarias.
- *Orientación sociocultural*. Conocer el nivel de conocimiento que tiene sobre los temas de actualidad, y la motivación e interés que mantiene por estar informado del mundo que le rodea, así como el nivel que posee de

utilización de los distintos medios de comunicación.

h) *Actividades de ocio y tiempo libre.* El ocio es un aspecto fundamental de todo ser humano. Los intereses pasados, actuales y futuros de la persona son necesarios conocerlos para individualizar la intervención que se realice posteriormente. Para evaluar la autonomía actual es preciso valorar la ejecución tanto a nivel individual como grupal, número de actividades que desarrolla, frecuencia, grado de gratificación que obtiene con las mismas, si las realiza fuera y/o dentro de su domicilio, etc. Por último, es necesario saber cuál es la percepción que tiene el sujeto de la necesidad de desarrollar su ocio.

i) *Psicomotricidad.* Es necesario evaluar también el esquema corporal funcional, en concreto la motricidad gruesa y fina, la orientación espacio-temporal, etc. Así como la imagen corporal con respecto a sí mismo y con respecto al otro.

j) *Área social.* Aquí se valoran los siguientes aspectos:

- *Competencia social.* Se analizan aquí tanto los elementos molares como los moleculares de la conducta social, la capacidad para interpretar y analizar situaciones sociales, la interpretación de las emociones y el estilo comunicacional del sujeto.
- *Red social.* Tanto la cantidad como la calidad de la red de apoyo es importante, así como la percepción subjetiva del individuo del apoyo emocional e instrumental recibido y la necesidad percibida de cambio en esta área.
- *Núcleo de convivencia.* Dado el peso específico de esta área, el desarrollo es extenso en su evaluación. Se describirá el núcleo de convivencia, el estilo

comunicacional y relacional que se produce, la capacidad de resolución de problemas y toma de decisiones, la cantidad de sobrecarga percibida en el seno familiar, el grado de conocimiento del diagnóstico, tratamiento farmacológico y de rehabilitación psicosocial que posee la familia y su actitud y expectativas hacia estos tratamientos. El grado de implicación de la familia en el proceso de rehabilitación puede ser un elemento decisivo a la hora de lograr el éxito.

Fase de establecimiento del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)

La evaluación permite identificar tanto los déficit que habrá que disminuir, como aquellas fortalezas en las que se puede basar la intervención futura. Con todo ello se fijan los objetivos de la intervención. Dichos objetivos han de consensuarse con el usuario y, si es posible y procede, con la familia. En este sentido se persigue mantener siempre una implicación directa del usuario en todo el proceso rehabilitador, mediante la oferta continua de información, así como a través de la generación de acuerdos para fijar objetivos a corto, medio y largo plazo. Además de consensuar los objetivos, se dialoga con el usuario sobre el mejor medio de alcanzarlos (se busca la intervención presuntamente más eficiente); todo esto queda plasmado en el Plan Individualizado de Rehabilitación.

En la figura 1 se puede ver un esquema de la negociación del Plan. En el círculo de la izquierda aparecen las necesidades percibidas por el sujeto. En el círculo de la derecha aparecen las necesidades que el profesional percibe que el sujeto necesita. En la mayoría de las ocasiones existe una intersección de forma que tanto uno como otro coinciden en

determinadas áreas de necesidades. Este puede ser un buen lugar para comenzar el trabajo de rehabilitación. Sin embargo, existen áreas de no coincidencia que son justamente las que deben entrar en la negociación. De este modo el sujeto debe aceptar trabajar algunas necesidades percibidas por el profesional (después de entender la necesidad) y el profesional aceptará las que percibe el usuario (siempre que no estén contraindicadas). Pero todo esto se complica enormemente cuando se añade el círculo de abajo, que son los recursos que el centro pone a disposición para el trabajo en rehabilitación. Más que bajar los círculos del sujeto y terapeuta, se trata de que se mueva hacia arriba el círculo del recurso de forma que sea éste el que se adapte lo más posible. Sin embargo, es curioso cómo en muchas ocasiones este círculo inferior ofrece recursos que ni el sujeto ni el equipo rehabilitador

perciben como necesarios, siendo esta parte un esfuerzo inútil. Aunque en la figura no aparece, se podría incluir un círculo con las necesidades que percibe la familia, siendo entonces ésta, otra parte importante dentro de la negociación.

Los objetivos de rehabilitación no deben ser muy extensos o inalcanzables, sino metas a las que poder llegar con un cierto esfuerzo, siendo realistas tanto por las capacidades del sujeto como por su entorno. Se trata de integrar a una persona en un medio social determinado y no de *diseñar un superhombre*.

En caso de que se produzca un cambio en la situación de la persona, tanto en sentido negativo (por ejemplo, una crisis psiquiátrica o una pérdida de un apoyo importante como es la muerte de un familiar que le daba soporte) o en sentido positivo (por ejemplo, se alcanzan los objetivos propuestos), se puede y debe revisar

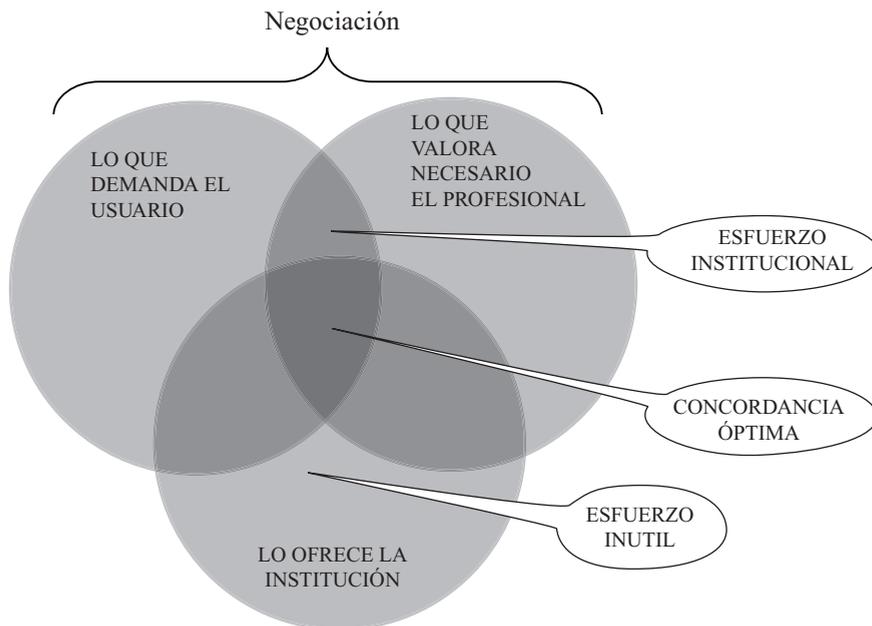


Figura 1. Los círculos de las necesidades y ofertas de servicios en el esquema de la negociación del Plan Individualizado de Rehabilitación.

el plan de rehabilitación para adaptarlo a las nuevas necesidades y posibilidades.

Un buen plan de rehabilitación debe contemplar las siguientes partes: objetivos propuestos, metodología a seguir, profesionales responsables del seguimiento de cada uno de los objetivos y temporalización.

Se aconseja que el Plan Individualizado de Rehabilitación sea firmado por el propio sujeto a modo de consentimiento informado sobre su proceso de intervención.

Fase de intervención

La fase de intervención, en cuanto al proceso a seguir (y a su duración), varía entre un sujeto y otro de manera muy significativa en función del Plan Individualizado de Rehabilitación que se ha fijado. No se puede llamar rehabilitación psicosocial a un proceso de intervención que ofrezca exactamente la misma trazabilidad para todas las personas atendidas.

Durante toda esta fase el usuario debe ser acompañado por un profesional de referencia. Éste es el responsable de mantener informado e implicado al interesado en su proceso terapéutico, sin perder de vista el Plan Individualizado de Rehabilitación fijado con él.

Para alcanzar los objetivos se cuenta con programas de intervención muy diversos. El objeto de la rehabilitación es lograr el esplendor de las personas con un trastorno mental, y no estar más interesado por el esplendor de los programas terapéuticos, que no dejan de ser un mero medio. Si el equipo rehabilitador tiene claro que el fin es mejorar la calidad de vida del sujeto, debe ser altamente creativo en el tipo de intervenciones que se ofertan a cada individuo, alejándose de programas altamente estructurados o paquetes de intervención predefinidos y listos para ser usados. Con esto, no se quiere decir

que haya que *inventarse* las intervenciones, sino que, basándose en programas de intervención de eficacia contrastada, se adapten a la realidad de cada sujeto y se oferten sólo a aquellos individuos a los que realmente les sean útiles.

Otro dato a considerar cuando se plantea la intervención, es que ésta no se haga como si de una clase teórica se tratase, sino desde un plano inminentemente práctico y realista. En este sentido, la metodología cognitivo conductual es un excelente marco teórico de intervención. La mejor manera de aprender a vivir (y desempeñar los roles y tareas adecuados) es viviendo (es decir, poniendo en práctica las cosas).

La generalización de los resultados es algo fundamental en el proceso de rehabilitación psicosocial. De nada vale que el usuario mejore sus competencias en los programas de intervención, si cuando sale del centro no mantiene unos hábitos de higiene básicos, consume sustancias tóxicas, agrede a su familia y no participa de ninguna actividad ni se relaciona con alguna persona.

Esta generalización debe trabajarse a lo largo de toda esta fase y en cada una de las intervenciones. Cuanto más natural sea el contexto en el que se realice la intervención, más se asegurará la generalización de lo aprendido.

La intervención puede decirse que se asienta sobre cuatro grandes pilares:

1. Tutorías. Se realizan conjuntamente entre el profesional de referencia y el usuario, y en ellas se hace un seguimiento y análisis de todo su proceso de rehabilitación. Estas tutorías, por tanto, pueden considerarse el hilo conductor que debe unir todas las acciones que se desarrollan a través de los objetivos propuestos en el Plan Individualizado de Rehabilitación. Además, se pueden realizar

terapias puntuales que doten a la persona de estrategias efectivas de afrontamiento ante los problemas que puedan aparecer a lo largo del proceso de rehabilitación.

2. *Apoyo a las familias.* Han de mantenerse contactos frecuentes con los familiares para que, manteniendo la debida confidencialidad de la información, se pueda llegar a un trabajo coordinado entre el centro, el usuario y la familia. Se les asesora en el afrontamiento de problemas en la relación con su familiar enfermo: se pretende producir un cambio en la emoción expresada familiar cuando es necesario, y se les apoya en las múltiples gestiones que deben realizar. Además se les ofrece la participación en los programas de familias: escuela de familias, apoyo y acompañamiento familiar. Junto con el apoyo emocional necesario y las visitas domiciliarias, se les ha de ofrecer información acerca de la enfermedad y su tratamiento, de las nociones básicas de control de contingencias, entrenar en habilidades de comunicación para poder llegar a acuerdos y, si es necesario realizar contratos conductuales, etc. Por último, es muy útil la autoayuda que este tipo de intervención genera entre los familiares, así como el fomento del asociacionismo. Sobre el trabajo con familias, especialmente en lo que se refiere a la información, se han publicado múltiples estudios como los de Falloon y Liberman (1983) o Leff (1982), señalando la conveniencia de este tipo de intervenciones.

3. *Programas de rehabilitación.* El elevado número de programas de rehabilitación de los que se dispone, permite ofrecer un abanico muy extenso de caminos para conseguir los objetivos propuestos en el Plan Individualizado de Rehabilitación. Se trata de elegir conjuntamente, usuario y profesional de referencia (coordinados con el equipo interdisciplinar y la familia cuando sea necesario), aquellos programas de rehabilitación

(medios) que aseguren el cumplimiento de los objetivos (fines) del modo más *eficiente*. Para que la persona con esquizofrenia pueda entrar en un programa de rehabilitación, previamente el profesional de referencia deberá indicar al responsable del grupo los objetivos individualizados que se pretenden con esa persona (de este modo se puede valorar el funcionamiento del sujeto en el grupo y valorar cuándo procede su salida del mismo). No todos los usuarios deben pasar por todos los programas, sino sólo por aquellos que se consideren necesarios para su caso.

4. *Programas abiertos.* Estos programas no pretenden conseguir objetivos específicos, sino más bien el objetivo general de ofrecer a las personas un espacio donde poder reunirse con otros usuarios (apoyo y red social), facilitar su enganche al centro en la fase de acogida, observar y evaluar a las personas en un contexto natural en la fase de evaluación, etc. Los programas abiertos, por tanto, no responden a una necesidad específica del Plan Individualizado de Rehabilitación. Si para entrar en un programa de rehabilitación es necesario que esté contemplada su necesidad en el Plan, y que el profesional de referencia haga la indicación, para que un usuario entre en un programa abierto no es necesario tal indicación (salvo que estuviese contraindicado, como sería el caso de un usuario que quiera entrar en una actividad abierta del centro, cuando podría acudir a un centro cultural a realizarla, siendo esto más normalizado).

Como ya se ha repetido a lo largo del presente artículo es necesario utilizar intervenciones de eficacia contrastada. Aunque es imposible en tan poco espacio hacer una valoración de cada tipo de intervención, seguidamente se dan algunas claves de eficacia para algunos programas terapéuticos.

Habilidades conductuales generales

Se ha demostrado que (Mayorales, 2000 y Vallina y Lemos, 2001) las intervenciones dirigidas al entrenamiento en habilidades conductuales son efectivas para disminuir el impacto de la discapacidad aunque existen complicaciones en la generalización y mantenimiento de los resultados (Dilk, 1996). En concreto, se ha mejorado el ajuste del sujeto en la comunidad, la prevención de recaídas, el uso adecuado del hospital o la reducción de síntomas. Sin embargo se ha cuestionado la eficacia de estas intervenciones cuando los pacientes presentan deterioros neurocognitivos que limitan el potencial de aprendizaje (Kopelowicz, Liberman, Mintz y Zarate, 1997).

Rehabilitación cognitiva

Las áreas que se han de incluir son principalmente atención sostenida y selectiva, funcionamiento ejecutivo, abstracción, categorización, etc. Las investigaciones ofrecen resultados contradictorios en cuanto a la eficacia de la mejora cognitiva y la generalización de los resultados a la vida diaria, que en definitiva es el objetivo último de la intervención. Es por ello que se aconseja utilizar programas de rehabilitación cognitiva con personas con altos déficit y con el resto trabajar con una metodología de rehabilitación cognitiva desde otro tipo de programas en contextos más naturales. De la investigación se pueden extraer varias conclusiones que pueden resultar útiles a los terapeutas para diseñar las intervenciones (López y Florit, 1998):

- Seguir un modelo teórico. Por ejemplo, en la atención, el modelo más usado es el que divide la atención en sostenida, selectiva, alternada y dividida.
- Comenzar con tareas que exijan al sujeto unas demandas mínimas de su capacidad

atencional, de tal modo que sea necesario un pequeño esfuerzo para realizarlas pero que asegure que se va a tener éxito en la misma, e ir progresando en dificultad poco a poco, según se vaya alcanzando el criterio adecuado.

- Para facilitar la generalización, se debe entrenar al sujeto en varios tipos de tareas (visuales, auditivas y táctiles, por ejemplo) o que exijan distintas respuestas (como hablar, apretar una tecla o escribir) y en contextos distintos.
- Elegir o crear programas de rehabilitación que se adapten a las necesidades de cada individuo, en los que pueda ser evaluado el rendimiento del sujeto (como forma de controlar los resultados y poder darle retroalimentación de su actuación) y que, en definitiva, sean útiles para la vida real (de nada sirve que un individuo aprenda a cancelar números si eso no le va a ayudar a desenvolverse de un modo más adaptativo en su medio).
- Realizar un entrenamiento metacognitivo, es decir, entrenar al sujeto para que sepa qué es la atención (o memoria, etc.) y para qué es útil. De este modo, se deben de comenzar las primeras sesiones explicando esto al sujeto y en las siguientes, el terapeuta debe hacer que el sujeto lo explique con sus propias palabras y, de este modo, asimile esta información.

Para la elección de la actividad, que en principio puede ser válida cualquiera como en un grupo de manualidades, se recomienda tomar una que:

- Se adecue al tipo de ritmo que se necesite entrenar: que el ritmo lo imponga la propia tarea (como escuchar la radio) o el sujeto (por ejemplo, leer un periódico).

- Que tenga una cierta validez ecológica para el sujeto.
- No sea ni aburrida ni excesivamente compleja para el individuo a entrenar.
- Se pueda graduar en cuanto a dificultad.
- Se puedan manipular otras variables, de forma que pueda convertirse la tarea en un entrenamiento de atención sostenida, selectiva, alternada o dividida.
- Se puedan añadir variables emocionales como otro grado más de dificultad, ya que éstas sobrecargan el sistema cognitivo del sujeto de una manera significativa.

Entrenamiento en habilidades sociales

Las personas con esquizofrenia suelen presentar aislamiento social así como una escasa asertividad. Estas dificultades, que se traducen en una disminuida competencia social, son indicadoras de una prognosis negativa del paciente crónico (Moreno, 1990). Benton y Schroeder (1990) evaluaron 27 investigaciones en las que se había utilizado este modelo de intervención, mostrándose una mejoría efectiva en el comportamiento de los pacientes, así como en la propia percepción de los sujetos y una disminución de la ansiedad social percibida. Sin embargo, se ha puesto de manifiesto una dificultad a la hora de percibir las emociones y decodificar las señales no verbales del interlocutor, en definitiva, un déficit de la percepción social (Halford y Hayes, 1991; Monti y Fingeret, 1987). Estos déficit hacen necesario que el programa de entrenamiento en habilidades sociales incluya una parte específica de rehabilitación de entrenamiento de la percepción social (Florit y Linos, 1998). Algunas de estas sesiones se pueden extraer del modelo propuesto por Roder, Brenner, Hodel y Kienzle (1996) en la *Terapia integrada de la esquizofrenia*.

Psicoeducación

En esta intervención se trata de que el sujeto tome conciencia de su enfermedad, para lo que se ha demostrado útil el poner modelos próximos a los sujetos (otras personas con esquizofrenia que expongan su caso, síntomas, etc.) además de explicar el diagnóstico, síntomas, causas, fases de la enfermedad, identificación de pródromos y factores de riesgo y protección. Es necesario explicar los psicofármacos: efectos terapéuticos y adversos, afrontamiento a los efectos secundarios, etc., para aumentar la adherencia a dicho tratamiento, pues como se ha dicho anteriormente, se ha demostrado la necesidad de completar la psicoterapia con tratamientos farmacológicos para evitar las recaídas. Por último, es conveniente entrenar a la persona a utilizar adecuadamente los recursos sanitarios disponibles para evitar un mal uso, infrautilización o abuso de éstos.

Intervención con familias

Existen multitud de programas con eficacia contrastada (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986; Falloon y Liberman, 1983; Leff, 1982 o TARRIER, Barrowclough y Vaughn, 1988). La psicoeducación con las familias ha resultado efectiva para reducir las recaídas de los pacientes, sus síntomas psicóticos, o el aumento de la competencia de los familiares en el manejo de la enfermedad (Mayorales, 2000 y Vallina y Lemos, 2001).

Autocontrol

El modelo de vulnerabilidad propone la aparición de una situación o un momento vital de estrés, como elemento precipitador de la enfermedad o una nueva crisis. Entre los estresores que se señalan, destacan los acontecimientos vitales (despido del trabajo, embarazo no deseado, etc.), el nivel de estrés familiar (a lo que se suele deno-

minar emoción expresada, cuyo trabajo se coordinará desde el programa de escuela de familias) y las situaciones cotidianas, que se ha demostrado pueden ser generadoras de estrés. La intervención de un paciente con esquizofrenia pasa por un entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante los distintos estresores a los que pueda estar sometido. El entrenamiento en estrategias de relajación no es lo único que se debe trabajar con esta población, evidentemente si esto fuera así, quedaría una intervención pobre e ineficaz. Pero sí debe ser un aspecto importante en el tratamiento de estos sujetos, ya que se ha demostrado que reduce la ansiedad, al menos en los niveles fisiológicos y cognitivos. Además de la modulación emocional con ésta y otras técnicas (distracción, autoinstrucciones, reestructuración cognitiva, etc.) hay que hacer un entrenamiento en la detección de las emociones, identificación de las mismas y aplicación de resolución de problemas a las situaciones que producen estrés, incluidas las interpersonales, y las derivadas de la vida cotidiana, así como un trabajo sobre la autoestima del sujeto.

Actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales)

Numerosos estudios (Presley, Grubb y Semple, 1982; Prudo y Blum, 1987) han revelado que la existencia de dichas habilidades es un factor de pronóstico positivo en el curso de la enfermedad, considerando tanto el número de recaídas como el nivel de funcionamiento social alcanzado. Por ello, es necesario llevar a cabo procesos de rehabilitación en las áreas del comportamiento relacionadas con el autocuidado, la competencia personal, planificación económica, los hábitos de alimentación y de cuidados generales de la salud, con el objetivo de aumentar la independencia y la autonomía en aspectos

considerados básicos y cotidianos. Además se aumentará la autonomía doméstica del usuario, apoyando de este modo al mantenimiento o reincorporación de la persona a su entorno. Todo ello hay que planificarlo como se ha repetido en varias ocasiones, teniendo en cuenta el entorno real donde vive el sujeto. El proceso de intervención debe contemplar la graduación entre el *cuidado* e intervenciones más directivas con alta supervisión ante personas menos capaces y la *rehabilitación* e intervenciones nada directivas y nula supervisión, siendo necesario que se tienda en cada caso al polo de la rehabilitación lo más posible, sin que el sujeto pierda una calidad de vida y su dignidad como persona. Entran por tanto en juego muchos planteamientos éticos y legales en este tipo de intervenciones que el equipo de rehabilitación deberá afrontar y decidir conjuntamente (por ejemplo, ¿se puede y debe exigir a una persona que se le administre su dinero desde un recurso residencial para evitar que consuma tóxicos, pueda participar de actividades normalizadas fuera del centro y llegue a fin de mes sin tener que demandar a sus compañeros dinero?).

Psicomotricidad

Además del adecuar hábitos de ejercicio físico, muy necesarios en estas personas, entre otros asuntos por los efectos de la medicación y apatía que suelen presentar, es necesario incorporar elementos de expresión corporal muy útiles como entrenamiento previo a las habilidades sociales, a la percepción de emociones en el entrenamiento en autocontrol, etc.

Ocio e integración comunitaria

Los trabajos de Paul y Lentz (1977) y Chamove (1986), entre otros, confirman que las actividades de ocio estructuradas, incluyendo especialmente las de moderado

ejercicio físico, resultan efectivas para reducir significativamente algunas conductas psicóticas que vuelven a aumentar cuando cesan las actividades de ocio. Por ser un elemento central en la rehabilitación psicosocial y por tanto más conocido, no se desarrollará con más detenimiento en este punto. Tan sólo recordar que un centro que se dedica a hacer rehabilitación psicosocial puede convertirse en un *manicomio* de los antiguos, si pierde esta perspectiva y ofrece dentro todo aquello que necesita una persona. Para aumentar el éxito de estas intervenciones, Cañamares y colaboradores (2001) proponen una serie de características a considerar: Que las actividades sean elegidas por los asistentes y su participación durante el desarrollo domine sobre la participación de los profesionales, que las actividades puedan ser frecuentes, breves y sencillas, que sean relativamente novedosas, que se desarrollen en recursos normalizados, que exista participación social y que las actividades dispongan de reforzadores naturales accesibles para los pacientes.

Formación laboral

Muchas personas con esquizofrenia pueden abordar su inserción laboral utilizando los recursos normalizados que la comunidad pone a disposición de las personas sin empleo; en estos casos la rehabilitación psicosocial debe sólo apoyar el uso de estos recursos. Sin embargo, en muchos otros casos la inserción y mantenimiento en el trabajo va a requerir procesos estructurados de rehabilitación laboral (Rodríguez, Sobrino, Galilea, Colis, González y Orviz, 1997). Estos programas vocacionales han demostrado mejorar el desempeño laboral y la mejora del empleo.

Fase de seguimiento

Es la última fase del proceso una vez considerados cumplidos los objetivos. Se

trata de hacer un paso de *desenganche* con el centro y los profesionales. Es un momento que hay que cuidar con esmero, hacerlo progresivo y planificado, de forma que el usuario no se encuentre de un día para otro sin los apoyos específicos de rehabilitación. Es fundamental buscar la mayor autonomía de la persona, de forma que no necesite de por vida la atención del psicólogo o de estos programas de intervención.

Sin embargo, en algunos casos esto es complicado, por lo que para esas personas el programa de intervención debe contemplar una atención y apoyo sostenido en el tiempo. Para cumplir este objetivo, pueden resultar necesarios determinados recursos de apoyo sostenido, bien desde centros específicos (por ejemplo, centros de día) o desde los programas abiertos a los que se ha hecho referencia anteriormente. De este modo, se asegura el mantenimiento en la comunidad para todos los usuarios con la mayor calidad de vida posible.

A modo de conclusión

Tras la descripción del proceso de rehabilitación psicosocial con la persona con esquizofrenia, se puede comprobar la enorme complejidad del tratamiento que se compone de psicofarmacología, intervención psicológica, ocupacional y social. Evidentemente un tratamiento que no fuera interdisciplinar no sería útil para los objetivos propuestos, solo la complementariedad de enfoques y profesionales pueden hacer realidad la rehabilitación psicosocial.

Es necesario disponer de los profesionales adecuados, formados en rehabilitación psicosocial y con una buena coordinación para hacer efectiva la filosofía de la rehabilitación.

Se ha señalado la existencia de varios profesionales y varios recursos. Se corre el

riesgo de que cada uno determine unos objetivos de intervención y una metodología que puede diferir e incluso ser contradictoria. Se hace imprescindible la correcta y continua coordinación entre las personas e instituciones. Y en toda esta coordinación se incluye a la familia, ya que es una parte fundamental de todo el proceso de rehabilitación.

Por último, tal y como se desprende del presente artículo, es importante la existencia de un modelo de referencia teórico con una filosofía del *cómo hacer las cosas*. Por tanto, en rehabilitación psicosocial no todo vale. Cuando se activa un proceso de rehabilitación, éste debe estar encaminado al final a obtener una mejora en la calidad de vida del sujeto en su medio natural. Existe el riesgo paradójico de que los centros que se dedican a *hacer* rehabilitación se conviertan en instituciones totales cerradas donde los usuarios encuentran todo (amigos, comida, calor, cuidados, comprensión...), reduciéndose las crisis psiquiátricas, mejorando su percepción de calidad de vida... Pero cabría preguntarse si eso es Vida y si esto no es volver a la Institucionalización Psiquiátrica de la que se ha estado intentando huir en los últimos años. La vida está fuera del centro y tiene sus dificultades, problemas y aunque pueda resultar menos *protectora* que la burbuja aislada de una Institución total, también resulta más atractiva y normalizada.

Referencias

- Anderson, C.M., Reiss, D.J. y Hogarty, G.E. (1986). *Schizophrenia and the family*. Nueva York: Oxford University Press.
- Bank-Nikkelsen, N.B. (1976). The normalization principle. En B. Nielsen (Ed.), *Flash 2 on the Danish National Service for the Mentally Retarded*. Copenhagen: Escuela de formación del personal.
- Barton, R. (1999). Psychosocial Rehabilitation Services in Community support systems: A review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatric Services*, 50, 525-534.
- Benton, M.K. y Shroeder, H.E. (1990). Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 741-747.
- Cañamares, J.M., Castejón, M.A., Florit, A., González, J., Hernández, J.A. y Rodríguez, A. (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Síntesis.
- Chamove, A.S. (1986). Positive short-term effects of activity on behaviour in chronic schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 125-133.
- Cohi, A. (1990). Estudio comparativo de la calidad de vida en los pacientes esquizofrénicos según la condición de tratamiento. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 17, 201-218.
- Costa, M. y López, E. (1991). *Manual del educador social: habilidades de comunicación en la relación de ayuda*. Ministerio de Asuntos Sociales: Centro de Publicaciones.
- Dilk, M.N. y Bond, G.R. (1996). Meta-analytic evaluation of skills training research for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1337-1346.
- Fallon, I. y Liberman, R.P. (1983). Behavioural family interventions in the management of chronic schizophrenia. En W.R. McFarlane (Ed.), *Family therapy in schizophrenia*. Nueva York: Guildford Press.
- Florit, A., Fernández, J.M. y Morante, L. (1998). Coordinación interdisciplinar en la integración del paciente psicótico. *Psiquis*, 18, 349-355.

- Florit, A. y Linos, P. (1998). Entrenamiento en habilidades sociales en un grupo de enfermos mentales crónicos. *Anales de psiquiatría*, 14, 339-346.
- Halford, W.K. y Hayes, R. (1991). Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: recent findings on social skills training and family psychoeducation. *Clinical Psychology Review*, 11, 23-44.
- Hall, P., Brockington, I.F. y Levings, J. (1993). A comparison of responses to the mentally ill in two communities. *British Journal Psychiatry*, 162, 99-108.
- Hogarty, G.E. y Anderson, C.M. (1986). Medication, family psychoeducation and social skills training: first year relapse results of a controlled study. *Psychopharmacology Bulletin*, 22, 860-862.
- IMSERSO (2003). *Rehabilitación e integración Social de las personas con Trastorno Mental Grave. Documento de Consenso*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Kanter, J. (1989). Clinical Case Management: definition, principles components. *Hospital Community Psychiatry*, 40, 362-368.
- Kopelowicz, A., Liberman, R.P., Mintz, J. y Zarate, R. (1997). Comparison of efficacy of social skills training for deficit and nondeficit negative symptoms in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154, 424-425.
- Leff, J. (1982). A controlled trial of intervention in families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.
- Liberman, R.P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- López, B. y Florit, A. (1998). Rehabilitación cognitiva en esquizofrenia. En J. Botella y V. Ponsoda (Ed.), *La atención, un enfoque pluridisciplinar*. Valencia: Promolibro.
- Mayorales, F. (2000). Rehabilitación Psicosocial: hacia una práctica basada en la evidencia. En *Libro de Ponencias del XXI Congreso de la AEN*. Santiago de Compostela.
- Moreno, B. (1990). Rehabilitación de pacientes crónicos mentales: entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales, percepción de la realidad y variables ambientales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 10, 41-49.
- Monti, P.M. y Fingeret, A.L. (1987). Social perception and communication skills among schizophrenics and non-schizophrenics. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 197-205.
- Muesser, K.T., Liberman, R.P. y Glynn, S.M. (1990). Psychosocial Interventions in Schizophrenia. En A. Kales, C. Stefanis y J. Talbot (Eds.), *Recent Advances in Schizophrenia*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Murria, C.J.L. y López, A.D. (1996). *The Global Burden of Disease*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Nirje, B. (1969). El principio de normalización y sus implicaciones para el trato humano. En E. Kugel y W. Wolfensberger (Eds.), *Changing Patterns in Residential Services for the Mentally Retarded*. Washington, D.C.: Comité del Presidente sobre Deficiencia Mental.
- Núñez, J. y Gómez-Feria, I. (1992). Las actitudes hacia los enfermos mentales en un hospital general. *Anales de Psiquiatría*, 8, 71-76.
- Ochoa, E.F.L. y Vázquez, C. (1989). Modelo de vulnerabilidad y esquizofrenia. *Monografías de psiquiatría* 1, 3-8.

- Paul, G.L. y Lentz, R.J. (1977). *Psychosocial treatment of chronic mental patients*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Penn, D.L., Guynan, K., Daily, T. (1994). Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best? *Schizophrenia Bulletin*, 20, 567-578.
- Perris, C. (1988). Intensive cognitive-behavioural psychotherapy with patients suffering from schizophrenic psychotic or post-psychotic syndromes: theoretical and practical aspects: En C. Perris, I.M. Blackburn y H. Perris (Ed.), *Cognitive psychotherapy-theory and practice*. Berlin: Springer-Verlag.
- Pilling, S. (1991). *Rehabilitation and Community Care*. Londres: Routledge.
- Presley, A.S., Grubb, A.B. y Sempfle, D. (1982). Predictors of successful rehabilitation in long-stay patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 66, 83-88.
- Prudo, R. y Blum, H.M. (1987). Five year outcome and prognosis in schizophrenia: a report from the London Field Research Centre of the International Pilot Study of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 150, 345-354.
- Roder, V., Brenner, H.D., Hodel, B. y Kienzle, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel psicología.
- Rodríguez, A. (1997). A modo de epílogo. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, A., Sobrino, T., Galilea, V., Colis, J., González, J y Orviz, S. (1997). Rehabilitación laboral y alternativas laborales para enfermos mentales crónicos. En Rodríguez, A. (Ed.), *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Salize, H.J. y Rossler, W. (1996). The cost of psychiatric care. *British Journal of Psychiatry*, 169, 42-48.
- Sartorius, N. (1995). Rehabilitation and Quality of Life. *International Journal of Mental Health*, 24, 7-13.
- Tarrier, N., Barrowclough, C. y Vaughn, C. (1988). The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, 162, 524-532.
- Thornicroft, G. y Tansella, M. (1996). *Mental Health Outcome Measures*. Berlin: Springer.
- Tomaras, V., Vlachonikolis, I.C., Stefanis, C.N. y Madianos, M. (1998). The Effect of Individual Psychosocial Treatment on the Family Atmosphere of Schizophrenic Patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 256-261.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 345-364.
- Vidaver, R.M. (1993). Atención institucional o comunitaria: Impacto en la Calidad de Vida y en el Coste de la Esquizofrenia. En Barry, D.W. (Ed.), *El Coste de la Esquizofrenia. Actas del Simposio celebrado en el IX Congreso Mundial de Psiquiatría*. Madrid: Jansen.
- Zubin, J. (1987). Possible implications of the vulnerability hypothesis for the psychosocial management of schizophrenia. En J.S. Strauss, W. Boker y H.D. Brenner (Eds.), *Psychosocial treatment of schizophrenia*. Toronto: Hans Huber Publishers.