

Una aproximación a la rehabilitación psicosocial de psicóticos crónicos desde el modelo andaluz de salud

Carlos CUEVAS YUST

Salvador PERONA GARCELAN

Francisco CASADO CAÑERO

Unidad de Rehabilitación de Área

Virgen del Rocío. Sevilla

En el presente trabajo se ofrece una visión general de la rehabilitación que incluye un modelo teórico de partida (el de vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring) y una reflexión sobre el trabajo en rehabilitación psicosocial de psicóticos crónicos dentro del marco de la reforma psiquiátrica andaluza. Se destaca el papel fundamental de los equipos de salud mental de distrito en la planificación de programas y estrategias rehabilitadoras y la función de apoyo a éstas de las unidades de rehabilitación de área.

Es de sobra conocido que las personas que padecen de esquizofrenia pueden sufrir un gradual deterioro en las áreas personales, sociales, laborales. Los distintos tratamientos farmacológicos, si bien reducen la sintomatología aguda, no actúan sobre la desmotivación anhedonia y deterioro general del paciente, ni le proporciona recursos para la plena adaptación a su entorno social.

Sin duda, este es el gran problema de dichas personas, estando la ayuda hasta hace poco centrada en el aspecto farmacológico -cuya utilidad nadie pone en duda- en tratamientos psicoterapéuticos (individuales, grupales o familiares) que basaban su intervención en la sintomatología o en la culpabilidad de las familias, no estando su utilidad nada clara, siendo en ciertas ocasiones perjudiciales tal como muestran bastantes estudios controlados (Veases Falloon et al., 1984; Gomes-Schuart, 1984 y Keith y Matthews, 1984, para una exhaustiva revisión).

Desde una perspectiva diferente se plantea lo que se denomina rehabilitación social de pacientes esquizofrénicos crónicos. Con ella se trata de facilitar a las personas invalidadas el hacer el mejor uso de su capacidad residual en el mejor contexto posible (Bennet, 1970). Esta definición es importante pues destaca una filosofía diferente de abordaje de la esquizofrenia. No es una perspectiva de tratamiento y cura como se ha hecho hasta ahora, sino un intento realista (teniendo en cuenta los conocimientos actuales sobre este tema) en el que se plantea, por un lado, el fomento de recursos personales del individuo (y no es centrarse exclusivamente en los síntomas) y por otro, la preparación de un entorno más normalizado y preparado para la asunción de personas con esta problemática.

Marco teórico de la rehabilitación psicosocial

La mayoría de las teorías etiológicas sobre la esquizofrenia se caracterizan por su parcialidad en la comprensión de la misma (teorías biológica, psicológicas, sociales, etc.). Sin embargo, cada vez existe un mayor consen-

so en la literatura sobre rehabilitación en tomar como marco teórico el *modelo de vulnerabilidad-estrés* (formulado originalmente por Zubin y Spring, 1977) a partir de cualquiera de sus variantes. A pesar de los problemas que plantea el modelo en algunos de sus aspectos, su validez está plenamente justificada por una sólida base empírica.

El modelo de vulnerabilidad-estrés permite una comprensión del principio, curso de la enfermedad y el funcionamiento social de las personas con esquizofrenia, como una compleja interacción entre factores biológicos, ambientales y conductuales. Desde esta perspectiva la vulnerabilidad psicobiológica de una persona puede desencadenar sintomatología psicótica cuando acontecimientos vitales estresantes o tensiones familiares o laborales sobrepasan sus habilidades de afrontamiento de dichas tensiones.

El impacto de estos factores de vulnerabilidad y estresores están modulados por la presencia de otras variables que se denominan protectoras o moduladoras. Estas se refieren a las competencias de los individuos, las familias y los sistemas de apoyo natural.

En resumen, desde este modelo la aparición o incremento de los síntomas esquizofrénicos y las discapacidades asociadas a éstos pueden ocurrir en sujetos cuando:

1. Se activan los factores de vulnerabilidad psicobiológica subyacentes, lo cual ocurre con mayor probabilidad en ausencia de una medicación antipsicótica óptima.
2. Los acontecimientos vitales estresantes exceden las habilidades de afrontamiento del individuo así como sus roles sociales e instrumentales.
3. Las redes de apoyo sociales del individuo están debilitadas o son muy pobres.
4. Las habilidades de afrontamiento y resolución de problemas están debilitadas como consecuencia del aislamiento social, reforzamiento del rol de enfermo o la pérdida de motivación (Lieberman, 1988).

Aunque estos factores dentro de dicho modelo son in-

Dirección de los autores: Unidad de Rehabilitación de Área Virgen del Rocío. Avda. Kansas City, nº 32, Bajo. 41007 Sevilla.

dependientes, ninguno de ellos por sí solos explican la aparición de un primer brote o una recaída, sino que se les considera dentro de un campo de factores que interactúan entre sí y no dentro de un marco de relaciones lineales y mecánicas.

Como se puede apreciar, el interés de este modelo es esencialmente pragmático (a parte de su innegable valor heurístico), pues en el campo de la rehabilitación nos ofrece una valiosa orientación tanto en los aspectos evaluadores como en los terapéuticos, así como en el preventivo, ya que desde esta perspectiva el problema terapéutico primario no es tanto curar el trastorno como ofrecer los medios para prevenir tanto su primera aparición como su reaparición (Ruiz-Vargas, 1987).

La rehabilitación dentro del marco de la reforma psiquiátrica andaluza

Las ideas antes expuestas sobre la rehabilitación psiquiátrica está actualmente respaldada por un voluminoso número de publicaciones en todo el mundo, pero su utilización a nuestro medio social debe hacerse teniendo en cuenta las características particulares e idiosincráticas de la reforma en materia de salud mental en nuestra comunidad autónoma.

De forma muy resumida podemos decir que en Andalucía la salud mental es abordada a través de una red jerarquizada de dispositivos organizados en función del nivel de especialización de los mismos. En el nivel básico o primario tenemos los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP) que actúan como la puerta de entrada para cualquier usuario con problemas de salud mental, en donde reciben una primera evaluación y tratamiento de la problemática presentada. Cuando el problema sobrepasa los niveles de especialización de los profesionales de esos equipos, los usuarios son derivados a los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD, segundo nivel) que es el primer dispositivo especializado en salud mental y, a partir de ahí, se puede acceder al nivel de máxima especialización como son las Unidades de Salud Mental de Hospital General (USM-HG), las Unidades de Salud Mental Infantil (USMI), la Unidad de Rehabilitación de Área (URA), etc. (para mayor información léase IASAM, 1988).

Siguiendo con la línea argumental de este escrito, la rehabilitación psicosocial de psicóticos crónicos es una de las funciones de los ESMD con el apoyo especializado de la URA.

La rehabilitación psicosocial debe contemplarse no como un proceso de intervención horizontal, sino como un proceso jerarquizado funcionalmente en el que se pretende ayudar a recuperar la adaptación social deteriorada por el curso de la enfermedad, a personas que padecen de esquizofrenia crónica.

Cuando decimos que la rehabilitación *no* es un proceso de intervención horizontal nos referimos a que no son actuaciones aisladas y descoordinadas de otros dispositivos de salud mental, ni tampoco la misión exclusiva de determinados dispositivos de tercer nivel (por ejemplo URA), sino que tiene que ver con la coordinación de determinados servicios institucionales (salud mental, servicios sociales y servicios educativos) que, trabajando de forma jerarquizada (esto es, por niveles de especialización), se planteen programas de actuación que comprendan toda la realidad bio-psico-social de la persona que está diagnosticada de esquizofrenia crónica. Por ello la

rehabilitación no es función de un tipo de especialista (psicólogo o psiquiatra, por ejemplo) sino de equipos multiprofesionales (psicólogo, psiquiatras, animador sociocultural, ATS, terapeuta ocupacional, médico de familia, animador sociocultural, etc) que dentro del marco institucional e ideológico antes expuesto, actúen de forma racional y científicamente fundada.

Dentro del plan de reforma de la salud mental en Andalucía, el eje sobre el que pivota la rehabilitación se encuentra constituido por los ESMD. Son los miembros de estos equipos los que programan la actuación con esquizofrénicos crónicos pertenecientes a su distrito sanitario de referencia, con apoyo de la unidad de rehabilitación de área. A continuación vamos a exponer nuestra opinión sobre cuáles deberían ser, desde nuestro punto de vista, las funciones de los ESMD en el campo de la rehabilitación psicosocial de psicóticos crónicos.

El papel del ESMD en la rehabilitación psicosocial

No es nuestra intención definir el rol profesional de cada uno de los miembros de los ESMD respecto al tema en cuestión, sino más bien centrarnos en las funciones del equipo en su conjunto. Para tal labor (y ahí es donde pensamos que existe un importante problema de la rehabilitación en Andalucía y en donde se precisa de un mayor nivel de debate y reflexión), es necesario delimitar y diferenciar las funciones de cada uno de los dispositivos que intervienen en el proceso rehabilitador desde el primer nivel hasta el más especializado.

Un paciente diagnosticado de esquizofrenia que es acogido por un ESMD puede llegar por ser un primer brote derivado por el EBAP (o en la mayoría de los casos del ambulatorio de la seguridad social) o por las unidades de agudos de los hospitales generales después de un corto internamiento hasta que los síntomas floridos han remitido total o parcialmente. También llegan casos de pacientes con continuas recaídas y con numerosas rehospitalizaciones y pacientes que aunque pueden tener más o menos un nivel de actividad psicótica, lo que los caracteriza es el deterioro, cada vez mayor, a medida que pasa el tiempo; a éstos les añaden aquellos que, como consecuencia del proceso desinstitucionalizador, proceden del hospital psiquiátrico.

Ante esta problemática, lo que lógicamente tiene que hacerse desde el ESMD es la evaluación clínica del paciente, confirmándose o precisándose el diagnóstico clínico, así como la intensidad de su psicopatología. A partir de este momento debe realizarse una evaluación funcional de sus competencias y déficits para la realización de una actividad social normalizada una vez compensada su patología.

En esta evaluación se tendrían en cuenta las siguientes áreas:

- *Personal.* Nivel de deterioro cognitivo, afectivo y conductual, niveles de actividad, motivacionales, resolución de problemas personales, cumplimiento del tratamiento farmacológico, habilidades sociales y nivel de información sobre la enfermedad.
- *Familiar.* Información de la familia respecto a la enfermedad, niveles de estrés dentro de la familia, habilidades de comunicación dentro de la misma, así como la capacidad de resolver problemas familiares.
- *Social.* Habilidades sociales, redes de apoyo social, ocio y tiempo libre y utilización de recursos sociales.

- *Laboral.* Habilidades prelaborales y laborales.

Esta evaluación evidentemente debe ser apoyada si es preciso, por los miembros de la URA de varias formas: proporcionando instrumentos de evaluación que sean prácticos y de fácil utilización por los miembros de los equipos de distrito; interviniendo en aquellos casos que sea necesaria una valoración más detallada y comparando espacios de docencia en los que se entrene a determinados miembros del equipo en dichas técnicas de evaluación.

La evaluación es un proceso de capital importancia pues posibilita la preparación por parte de los técnicos de un plan de actuación individualizada, así como permite, en función de la gravedad del problema, la decisión de si el paciente es tratado exclusivamente por el ESMD o con el apoyo de otros dispositivos.

Teniendo en cuenta las posibilidades actuales en tiempo y equipamiento de los miembros de los equipos de distrito, se podría hacer una tipología general de pacientes que, siendo detectados a través de la evaluación clínica y funcional, indicaría si es más apropiada la rehabilitación en los ESMD o con apoyo de equipos especializados.

De forma muy general, todos aquellos pacientes con un primer o más brotes, pero sin un nivel de deterioro muy grande en áreas personales y sociales y con un apoyo familiar positivo, pueden ser perfectamente abordados desde los ESMD.

Sin embargo, todas aquellas personas en las que el deterioro es grande y abarca las distintas áreas mencionadas anteriormente siendo, además, el nivel de estrés familiar alto, pensamos que es imprescindible el apoyo de la URA a través de programas coordinados con los ESMD, con objetivos de actuación muy claros y con límites de tiempo determinados, con objeto de evitar su cronificación en dichos dispositivos.

Para empezar un programa de rehabilitación desde un ESMD, es muy importante tener en cuenta dos requisitos: en primer lugar los pacientes deben estar compensados en su psicopatología pues sería inútil emprezar a trabajar en su adaptación social sin no hubiese un firme contacto con la realidad. En segundo lugar es necesario, si se ha producido una hospitalización reciente o una reactivación de los síntomas, no empezar con un trabajo muy intenso por dos razones; una porque la sobreestimulación social después de un brote (aunque en ese momento esté compensado) puede acentuar la sintomatología esquizofrénica (Lemos Giraldez, 1986), pues la capacidad de procesamiento de la información en esos momentos está muy limitada; y el otro motivo, derivado del anterior, es que la probabilidad de recaída en el primer año después de una hospitalización es mucho mayor que en los años posteriores (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986).

Estos datos obtenidos de la investigación empírica sobre rehabilitación, delimitan desde nuestro punto de vista, una función fundamental de los ESMD, en primer lugar la que se refiere a la estabilización de los síntomas y, en segundo término, trabajar durante el primer año después de una hospitalización en prevenir las recaídas a través de un claro apoyo farmacológico y familiar. De lo contrario, todo el esfuerzo puesto en el desarrollo de programas sociales y laborales en los que se trabajara podría ser inútil, pues la sobrecarga de estimulación y responsabilidad podrán desencadenar continuas recaídas

das y, por lo tanto, un mayor grado de deterioro.

Es muy corriente observar grandes niveles de apatía e inactividad en pacientes esquizofrénicos después de ser dados de alta en la unidad de psiquiatría de un hospital general, y cómo ocupan muchas horas de su tiempo durmiendo o encerrados en su cuarto. Este panorama puede crear tensión y malestar en sus familias que, en muchos casos, no comprenden que esto es producto de la enfermedad, provocando bastante malestar adicional que aumenta el estrés y, por tanto, el riesgo de recaída.

Desde este punto de vista, la actuación del ESMD debe ser en un primer momento fundamentalmente familiar, informando a la familia sobre las características de la enfermedad, reforzando sus puntos fuertes, potenciando los niveles de comunicación y resolución de problemas y promoviéndose, en colaboración con la familia y de forma gradual, los niveles de actividad y participación del paciente en la vida familiar.

Una vez conseguido unos niveles óptimos de adaptación al ámbito familiar, el siguiente paso sería organizar actuaciones en el ámbito social en el que puede entrar a formar parte de grupos de iguales y en los que se potencie las habilidades sociales y todas aquellas actividades relacionadas con el tiempo libre, al mismo tiempo que se refuerzan las redes de apoyo social (grupo de autoayuda, asociaciones culturales, estudios, etc.). La realización de esta función, así como la siguiente, depende de las posibilidades del propio ESMD para realizarlas, pues de lo contrario tendría que ser con el apoyo de la URA.

Cuando el paciente ha adquirido aquellos recursos básicos de afrontamiento de responsabilidades y de los problemas de la vida diaria, se puede plantear los programas laborales en los que se puede capacitar a dichas personas para un trabajo y para que puedan llevar una vida independiente. En este periodo de la rehabilitación es fundamental la coordinación con servicios sociales en el diseño de tales programas.

Todo lo expuesto es un trabajo gradual y difícil en el que no deben darse pasos muy grandes y que deben regirse fundamentalmente por la claridad, simplicidad y continuidad de todas las medidas rehabilitadoras (Ciompi, 1983). Además, la aplicación de lo anteriormente descrito depende de la evaluación que se haya obtenido del paciente, pues en algunos casos no sería necesaria la implementación de determinados programas (por ejemplo, habilidades sociales o el trabajo con la familia) si el destinatario de nuestra intervención no tiene problemas en estas áreas. En otros casos, puede que con el seguimiento farmacológico desde el equipo (o por qué no, desde el EBAP por médicos de familia preparados y supervisados por los psiquiatras del ESMD) sea suficiente.

Esto sería la actuación ideal desde el equipo de distrito, sin embargo, muchos pacientes llegan con un mayor deterioro en áreas mucho más básicas (como higiene, alimentación, etc.) o con un entorno familiar muy alterado y necesitan una actuación mucho más específica y a cargo de personal más especializado. En estos casos el paciente sería derivado a la URA, en donde la evaluación inicial realizada por el ESMD sería complementada por una evaluación más minuciosa. La actuación por parte de la URA sería a través de objetivos muy concretos en los que se especificarían las áreas a actuar y el tiempo que en principio se piensa que puede ser necesario para

dichas intervenciones. Un miembro del ESMD sería el responsable de llevar un seguimiento de la evolución del usuario en la URA, así como iría revisando la medicación en función del estado clínico del mismo. Es decir, el contacto con el equipo de distrito no se perdería y su seguimiento sería continuo.

Otro dispositivo muy importante en la rehabilitación es la Unidad de Salud Mental de Hospital General. Cuando un paciente se descompensa y no puede ser contenida su sintomatología por el ESMD, éste es derivado hacia dicha unidad. Es muy importante que durante el tiempo en que el paciente esté ingresado, el equipo de distrito junto con el psicólogo de la unidad de hospitalización, además del tratamiento específico que reciba para disminuir la sintomatología aguda, evalúen las repercusiones que puede tener el nuevo brote en todo el trabajo realizado en rehabilitación y se prepare a la familia para recibir en casa al paciente dado el alta en la unidad de hospitalización, además de trabajar con la familia los posibles factores que pudieran haber provocado la crisis. Al igual que en la URA, la comunicación y seguimiento del paciente desde el ESMD debe ser estrecha para evitar romper la continuidad del programa de rehabilitación puesto en marcha. En el caso de que fuese un primer brote y no hubiese sido antes atendido en el ESMD, el psicólogo de la unidad iniciaría en colaboración con el ESMD, la primera evaluación del paciente y de su familia, así como una primera intervención en crisis y psicoeducación familiar. La información obtenida sería enviada en la epicrisis al ESMD para que iniciase un plan individualizado de actuación.

Un aspecto muy importante en el desarrollo de todo programa, además de la evaluación inicial (que no siempre se observa), es la valoración continua tanto de la evolución del paciente como de la eficacia del programa en sí, puesto que esta forma de proceder proporcionaría un *feedback* muy útil tanto en la consecución del éxito terapéutico como el de conocer mejor la eficacia de determinadas formas de proceder y aumentar nuestros conocimientos científicos sobre dicha materia.

Un problema que nos podemos plantear en rehabilitación es el tema del alta. ¿Cuándo podemos considerar que un paciente esquizofrénico crónico puede ser dado de alta? ¿Son los criterios de alta iguales para una persona con problemas de ansiedad y otra que padezca de esquizofrenia? En el terreno donde la enfermedad es crónica los criterios de alta no son iguales a los de otros problemas en salud mental. El alta en estos casos no significaría la "curación" ni la pérdida del contacto del usuario con el equipo de salud mental una vez que los síntomas han remitido y se han cumplido todos los objetivos del programa de rehabilitación, sino que habría un seguimiento del usuario tanto en la medicación (posiblemente en dosis muy bajas) como de su desarrollo en la comunidad. Por tanto, el alta sería respecto al programa y no con respecto al contacto con el equipo, y los criterios para evaluar el alta en el proceso de rehabilitación sería el cumplimiento y mantenimiento de los objetivos de nuestra intervención, tiempo desde la última hospitalización y espacio de tiempo entre revisiones farmacológicas en el ESMD. No obstante, aunque el seguimiento es realizado por el ESMD, éste no tiene por qué ser hecho directamente sino que podría hacerlo indirectamente a través del asesoramiento a médicos o ATS de los EBAP, de forma que puedan llevar de forma completa el control de pacientes durante largos periodos de tiempo, mientras

los resultados de los programas de rehabilitación se mantengan. En caso de recaída se evaluaría la capacidad funcional de la persona, las posibles pérdidas ocasionadas por la crisis y, en función de dichas valoraciones, se decidiría la necesidad o no de iniciar un nuevo proceso.

Hasta ahora hemos manifestado nuestra opinión respecto a las funciones del ESMD en relación a los dispositivos de tercer nivel como son la URA, y la Unidad de Hospitalización. Para terminar, no debemos olvidar la estrecha relación que debe existir con los EBAP. Como se sabe, el primer nivel actúa con funciones claramente preventivas, por ello tendría que haber un trabajo conjunto entre EBAP y ESMD en relación a realizar estudios epidemiológicos en los que se intente detectar cuáles son las poblaciones de mayor riesgo en función de determinados indicadores y, a partir de ellos, preparar algún tipo de actuación preventiva sobre las poblaciones de alto riesgo.

Por último, y como hemos señalado anteriormente, los EBAP pueden participar en programas de seguimiento de pacientes crónicos en los que se ha conseguido a los niveles de funcionamiento social y laboral en los programas de rehabilitación, estableciéndose en la comunidad grupos de autoayuda (en asociaciones de vecinos, por ejemplo) tanto para pacientes como para sus familiares que, en un primer momento, podrían ser conducidos por personal del ESMD, después por personal del EBAP, hasta quedar con el tiempo controlado por los mismos interesados.

Referencias

- ANDERSON, C.; REISS, D. y HOGARTY, G. *Esquizofrenia y Familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986.
- BENNET, D. H. The value of work in psychiatric rehabilitation. *Social Psychiatry*, 1970, 5, 224.
- CIOMPI, L. How improve the treatment of schizophrenics: A multicausal illness concept and its therapeutic consequences. En H. Stierlin, L. C. Wynne y M. Wirschi (Eds.). *Psychosocial intervention in schizophrenia*. Berlin/New York: Springer-Verlag, 1983.
- FALLOON, I.R.H.; BOYD, J. L. y MACGILL, C. H. *Family Care of Schizophrenia*. New York: The Guilford Press, 1984.
- GOMES-SCHUARTZ, B. Individual Psychotherapy of Schizophrenia. En Bellack, A. S. (Ed.). *Schizophrenia. Treatment, management, and rehabilitation*. New York: Grune and Stratton, 1984.
- IASAM. *Bases generales para la atención comunitaria a la Salud mental*. Documento de trabajo nº 1. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía. 1988.
- KEIT, S. J. y MATTHEWS, S. Group Psychotherapy. En Bellack, A. S. (Ed.). *Schizophrenia. Treatment, management, and rehabilitation*. New York: Grune and Stratton, 1984.
- LEMONS GIRALDEZ, S. Esquizofrenia: ¿Enfermedad crónica?. II. Implicaciones prácticas. *Estudios de Psicología*, 1986, 25, 54-70.
- LIBERMAN, R. P. *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*. Washington: American Psychiatric Press, 1988.
- RUIZ-VARGAS, J. M. *Esquizofrenia: un enfoque cognitivo*. Madrid: Alianza Psicología, 1987.
- ZUBIN, J. y SPRING, B. Vulnerability, a view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 1987, 86, 103-126.