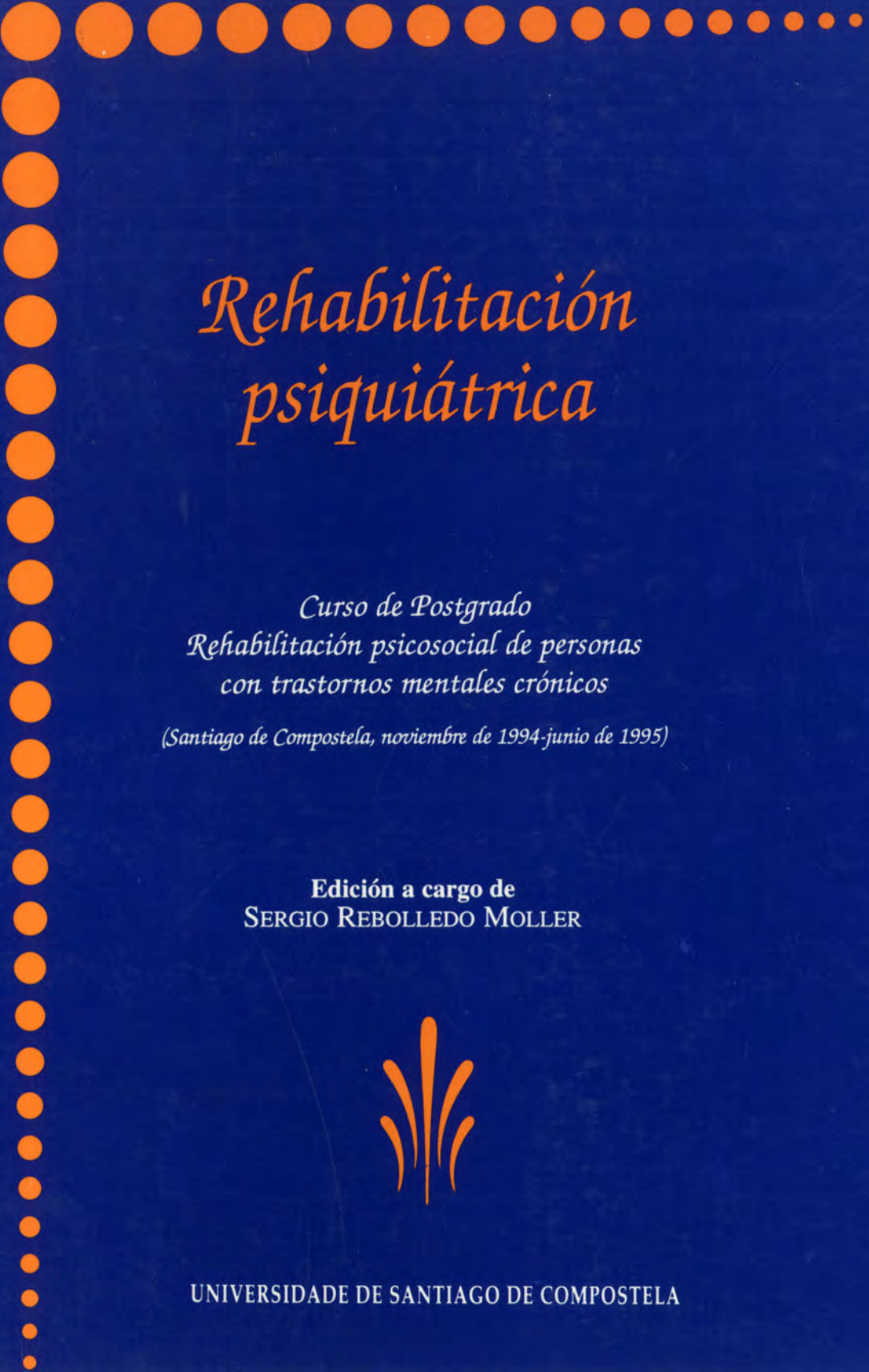




Rehabilitación psiquiátrica

*Curso de Postgrado
Rehabilitación psicosocial de personas
con trastornos mentales crónicos*

(Santiago de Compostela, noviembre de 1994-junio de 1995)

**Edición a cargo de
SERGIO REBOLLEDO MOLLER**



UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Rehabilitación psiquiátrica



CURSOS E CONGRESOS DA
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
Nº 103



Rehabilitación psiquiátrica

*Curso de Postgrado
Rehabilitación psicosocial de personas
con trastornos mentales crónicos*

(Santiago de Compostela, noviembre de 1994-junio de 1995)

Edición a cargo de
Sergio Rebolledo Moller

1997

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

CURSO DE POSTGRADO "REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES CRÓNICOS" (1994-1995. Santiago de Compostela).

Rehabilitación psiquiátrica: Curso de Postgrado: "Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos". Santiago de Compostela, noviembre de 1994- junio de 1995) / Edición a cargo de Sergio Rebolledo Moller. —Santiago de Compostela: Universidade, Servicio de Publicacións e Intercambio Científico, 1997.— 225 p.; 24 cm. — (Cursos e Congresos da Universidade de Santiago de Compostela; 103). — Bibliografía. — D.L.C.-1443/1997. — ISBN 84-8121-641-0

1. Enfermos mentais-Rehabilitación-Congresos. I. Rebolledo Moller, Sergio, ed. lit. II Universidade de Santiago de Compostela. Servicio de Publicacións e Intercambio Científico, ed. III. Serie. IV. Título.

616.89:159.972 (063)

615.86 (063)

© Universidade de Santiago de Compostela, 1997

Composición e maqueta

ALEJANDRO VIDAL

Edita

Servicio de Publicacións e Intercambio Científico
Campus Universitario Sur

Imprime

IMPRENTA UNIVERSITARIA
Pavillón de Servicios
Campus Universitario Sur

ISBN 84-8121-641-0

Depósito legal C-1443/1997

PRIMERA PARTE:

CONCEPTO Y CONTEXTO DE LA REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

▼ 1 • Cronicidad en la psiquiatría a finales del siglo XX	
Alberto Fernández Liria.	15
▼ 2 • Concepto, objetivos y fases de la rehabilitación psiquiátrica	
Sergio Rebolledo.	29
▼ 3 • Rehabilitation, a personal view	
Geoff Shepherd.	43
▼ 4 • Servicios sociales e recursos sociocomunitarios	
M ^a Carmen Viz Otero.	49
▼ 5 • Reforma psiquiátrica y rehabilitación. La rehabilitación psiquiátrica en Galicia	
Fernando Marquez.	69

SEGUNDA PARTE:

PROGRAMA Y TÉCNICAS DE LA REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

▼ 6 • El programa de rehabilitación en los servicios de salud mental	
Sergio Rebolledo.	77
▼ 7 • Planes individualizados de rehabilitación	
Virginia Otero Domínguez.	93
▼ 8 • Programa de seguimiento y cuidados para pacientes graves y crónicos. Un modelo español del <i>case management</i>	
Miguel Donas y Alberto Fernández Liria.	97
▼ 9 • El concepto de esquizofrenia y el papel de la familia en el tratamiento	
Emilio Gutiérrez.	105
▼ 10 • Psicoeducación de personas con trastornos esquizofrénicos	
Sergio Rebolledo Moller y María José Lobato Rodríguez.	115
▼ 11 • Las Habilidades Sociales en la Rehabilitación Psiquiátrica	
Alejandro Torres Carbajo.	131
▼ 12 • Programa terapéutico Psicológico Integrado (IPT) para pacientes esquizofrénicos	
Volker Roder, Hans Dieter Keppeler y Linn.	139

▼ 13 • Problemática residencial y servicios residenciales y de alojamiento comunitario para enfermos mentales crónicos	
Abelardo Rodríguez.	147
▼ 14 • Rehabilitación laboral y alternativas laborales para enfermos mentales crónicos	
Abelardo Rodríguez.	161

TERCERA PARTE:

DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

▼ 15 • El Centro de Rehabilitación psiquiátrica	
Sergio Rebolledo.	189
▼ 16 • Pisos protegidos. Una experiencia en rehabilitación	
Marisé Rodríguez Moreira.	215
▼ 17 • Las Unidades de estancia media y rehabilitación	
María José Lobato Rodríguez.	219

Autores

Hans Dieter Keppeler

Universitäre Psychiatrische Dienste
Bern, Suiza.

Miguel Donas Hernández

Trabajador Social
Servicios de Salud Mental Area 9. Madrid.

Alberto Fernández Liria

Profesor de Psiquiatría
Universidad de Alcalá de Henares
Coordinador de Salud Mental del Area 3.
Madrid.

Emilio Gutierrez

Psicólogo
Dpto. de Psicología Clínica
Universidad de Santiago de Compostela.

Heiko Linn

Universitäre Psychiatrische Dienste
Bern, Suiza.

María José Lobato Rodriguez

Psicóloga
Hospital Cabaleiro Goas
Toen, Orense.

Fernando Marques Gallego

Psiquiatra. Servicio Gallego de Salud Mental.
Profesor de Psiquiatría U. de Santiago de
Compostela.

Virginia Otero Dominguez

Dra. en Psicología clínica. Profesora de
Gerontología en Aula 2, Gobierno de
Navarra.

Sergio Rebolledo Moller

Psicólogo. Colaborador de la Cátedra de
Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la
U. de Santiago de Compostela.

Volker Roder

Universitäre Psychiatrische Dienste
Bern. Suiza.

Abelardo Rodriguez González

Psicólogo. Coordinador del Programa de
Servicios Sociales Alternativos a la
Institucionalización Psiquiátrica. Consejería
de Sanidad y Servicios Sociales.
Comunidad de Madrid.

Antonio Rodriguez Lopez

Catedrático de Psiquiatría
Facultad de Medicina
Universidad de Santiago de Compostela.

Marise Rodriguez Moreira

Trabajadora Social
Hospital Psiquiátrico Rebullon. Vigo.

Geoff Shepherd

Psicólogo.
Sainsbury Centre for Mental Health. Londres

Alejandro Torres Carbajo

Psicólogo
Hospital de Día
Vigo.

María Carmen Viz Otero

Diplomada en Trabajo Social
Hospital de Conxo. Santiago de
Compostela.



Prólogo

Como señala Fernández Liria en uno de sus artículos en éste mismo libro “pocos temas han suscitado tanta polémica en la historia de la psiquiatría como el de la cronicidad”, y eso que el fenómeno se había circunscrito al interior de los asilos cuando ahora, después de los intentos desinstitucionalizadores, se ha puesto de manifiesto que el fenómeno es mucho más general e incluye, como señala el mismo autor, cuatro grupos de pacientes: el remanente manicomial que sigue institucionalizado en los viejos manicomios o en asilos; los crónicos externalizados, los nuevos psicóticos crónicos adultos jóvenes, usuarios de la “puerta giratoria”, y los usuarios crónicos, no psicóticos, de los servicios psiquiátricos ambulatorios.

Los intentos rehabilitadores, más bien escasos a lo largo del tiempo, se han centrado básicamente en los pacientes esquizofrénicos, aunque, de acuerdo con lo que acabamos de señalar en el párrafo anterior, la cronicidad, su propio concepto, debe ser redefinido para dar cabida esas nuevas formas y sus objetivos deberán ir cambiando y ampliándose en el futuro. En todo caso, este problema se centran aún de manera principal en la rehabilitación de esquizofrénicos institucionalizados o en fase de desinstitucionalización porque ellos representan la parte más llamativa y visible del problema, a la que se ha dedicado, pese a todo una escasa atención.

En un problema sanitario tan importante como el de la esquizofrenia, al que se han dedicado, según Lewis, cerca de 2000 artículos, monografías y libros en el plazo de 15 años (1920-34), más de 3000, según Bellack, en los diez años siguientes y un número infinitamente superior en estos últimos cuarenta años, centrados fundamentalmente en la búsqueda de una etiología biológica, se ha dedicado, paradójicamente, una muy escasa atención a los factores psico-sociales no sólo en los aspectos etio-patogénicos sino en los de manejo de los pacientes y de sus familiares. Un ejemplo altamente ilustrativo de esta situación lo tenemos en el programa educativo de la W.P.A. para la “Enseñanza y Aprendizaje de la Esquizofrenia”, que consta de 268 diapositivas, de las cuales solamente las dos últimas hacen referencia a los tratamientos psicosociales.

Aún sin cuestionar la importancia de los psicofármacos en el tratamiento de los trastornos mentales y en la inflexión que se produjo en la década de los años 50 en las tasas de ingresos hospitalarios por esta causa, es obvio que a pesar de ese ingente esfuerzo desarrollado para aclarar la etiopatogenia de los cuadros psicóticos desde la perspectiva biológica los hallazgos no se corresponden con las expectativas despertadas. Y, entre tanto no tengamos claros esos factores etiopatogénicos, ¿qué se puede hacer desde el punto de vista psico-social, para mejorar la calidad de vida de estos enfermos y de sus familiares o para evitar las recaídas y los reingresos?

Este libro en el que colaboran prestigiosos profesionales en el campo de la Salud Mental, trata de dar respuesta a esta pregunta, abordando temas de tanto interés como la nueva conceptualización de la cronicidad en psiquiatría, el papel de la rehabilitación psico-social dentro de los programas de tratamiento y la articulación de los dispositivos asistenciales en salud mental alrededor del eje de la rehabilitación.

Se aborda así mismo el papel de la familia y de los servicios sociales en el proceso rehabilitador y se explicitan programas psico-educativos dirigidos a suministrar apoyo a los familiares de los pacientes para la prevención de recaídas.

La situación de esta problemática en Galicia completa el interesante panorama abordado en este libro que recoge las aportaciones realizadas por los autores a un curso de postgrado que, con este mismo título, se impartió en la Universidad de Santiago en el año 1995, organizado por el Departamento de Psiquiatría de la misma.

Espero que la magnífica puesta a punto que se hace en el libro sirva para abrir nuevos horizontes y expectativas en uno de los problemas sanitarios más importantes en el campo de la salud mental de nuestro tiempo.

Antonio Rodríguez López
Catedrático de Psiquiatría de la Universidad
de Santiago de Compostela



Introducción

Este libro recoge las principales lecciones impartidas en el Curso de Postgrado, REHABILITACION PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES CRONICOS, impartido entre Noviembre de 1994 y Junio de 1995 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela. Los profesores del curso fueron destacados profesionales de la Salud Mental, nacionales y extranjeros. La mayoría de ellos realizó el esfuerzo posterior de poner por escrito su lección, enriquecida con las inquietudes que planteó el alumnado, integrado a su vez por Diplomados de Enfermería, Trabajadores Sociales, Terapeutas Ocupacionales, Psicólogos y Médicos, la mayoría implicados en tareas de rehabilitación psiquiátrica en diversos dispositivos asistenciales de Galicia.

El libro se estructura en tres grandes apartados. En el primero se recogen aspectos conceptuales en torno al significado de la rehabilitación aplicada a los trastornos mentales crónicos. Arranca desde el estudio de la cronicidad, para en función de ella caracterizar la respuesta rehabilitadora como complemento a la terapéutica habitual. Se discuten los problemas para engarzar ésta nueva oferta asistencial y el puente que establece entre lo sanitario y lo sociocomunitario. Termina el apartado situando el problema de la rehabilitación aquí y hoy en Galicia.

La segunda parte está dedicada a la revisión más técnica y al contenido del quehacer rehabilitador en salud mental. Se describen los principales apuntes del programa de rehabilitación en un servicio de salud mental. Y se consideran con detalle diversos enfoques y técnicas: en primer lugar se enfatiza el hecho metodológico de que los planes de rehabilitación son individualizados, huyendo así de la tradicional laborterapia o cualquier actividad implantada en forma indiferenciada, luego se estudian desde la

bibliografía y desde la experiencia de cada ponente: los programas de case management, de psicoeducación de la familia y de las personas afectadas, el entrenamiento en habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva, las alternativas residenciales y la rehabilitación laboral.

La última parte del libro busca describir los dispositivos donde la rehabilitación, como programa asistencial, toma carta de naturaleza: el Centro de Rehabilitación, los Pisos Protegidos y las Unidades de estancia media.

Cuando iniciamos la discusión y los trabajos para elaborar éste curso y ahora libro, los directores del curso, los Drs. Antonio Rodríguez y Fernando Márquez, enfatizaron el objetivo de contribuir al debate y a la investigación científica acerca de los problemas del trastorno mental crónico y la eficacia de los diversos procedimientos para su asistencia. Todo ello con el ánimo de poner al servicio de profesionales y usuarios de servicios unos criterios y unas técnicas asistenciales que contribuyan a la calidad de vida de afectados y familiares, por unos servicios sanitarios y sociales públicos y de calidad.

Desde luego ni el curso ni éste libro podrían haber sido una realidad sino hubiese sido por el entusiasmo, el apoyo y el trabajo del Dr. Antonio Rodríguez, Catedrático de Psiquiatría en la Universidad de Santiago y del Dr. Fernando Márquez, psiquiatra y entonces Jefe del Servicio de Saúde Mental de la Consellería de Sanidade e Servicios Sociais, de la Xunta de Galicia. Tampoco habríamos hecho mucho sin las habilidades de organización y administración eficaz de la Sra. Rosario López Rodríguez, secretaria del Departamento de Psiquiatría. Y sobre todo gracias a los alumnos y ponentes que con su participación y su inquietud intelectual hicieron de éste curso y ahora de éste

libro algo vivo y útil para nuestros pacientes. Muchas gracias a todos.

Este trabajo lo terminé en un prado de A Mezquita mirando hacia el Castelo en la primavera de 1997 cuando “os montes de lonxe teñen azures de Patinir; as xestas e os toxos poñen as suas motiñas

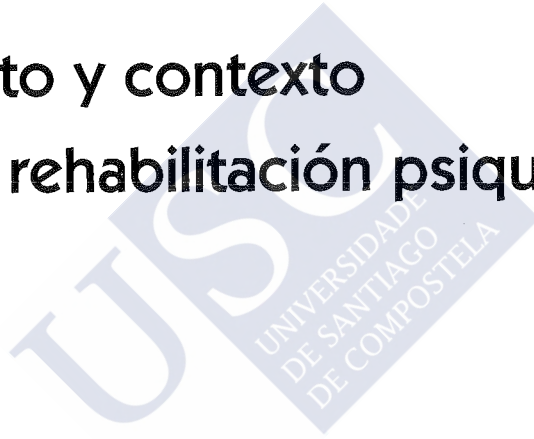
marelas na divina sinfonía verde da paisaxe” (Castelao). Gracias vida.

Sergio Rebolledo Moller



1

▼ Concepto y contexto de la rehabilitación psiquiátrica ▲



1 • Cronicidad en la psiquiatría a finales del siglo XX Alberto Fernández Liria	15
2 • Concepto, objetivos y fases de la rehabilitación psiquiátrica Sergio Rebolledo	29
3 • Rehabilitación, a personal view Geoff Shepherd	43
4 • Servicios sociales e recursos sociocomunitarios M ^a Carmen Viz Otero	49
5 • Reforma psiquiátrica y rehabilitación. La rehabilitación psiquiátrica en Galicia Fernando Márquez	69

Cronicidad en la psiquiatría de finales del siglo XX

Alberto Fernández Liria

► Introducción

Pocos temas han suscitado en la historia de la psiquiatría tanta polémica como el de la cronicidad. Y en pocos se ha implicado tanta pasión y se ha entremetido tanta ideología. Existen en nuestra lengua buenas revisiones históricas (Espinosa 1986,) y conceptuales (Rendueles 1986, García González y Montejo 1986) sobre el tema. También son fácilmente asequibles textos que proporcionan buenos cortes transversales de la problemática en el mundo (Talbot 1981 y 1984). Aquí no intentaremos ni siquiera resumir unos u otros; nos limitaremos a establecer cuales son los patrones a través de los que el problema se manifiesta hoy y cual es el conocimiento que tenemos de la situación en nuestro país.

En un trabajo presentado hace ya diez años (Desviat, Fernández Liria, Rendueles 1986) señalábamos que el ingenuo optimismo de alguno de los promotores de los movimientos de reforma psiquiátrica de los sesenta, para quienes la cronicidad parecía un epifenómeno de la institución manicomial, se había trocado en perplejidad al comprobar que un fenómeno que parecía simple y localizado en el interior de los asilos, lejos de desaparecer con la institucionalización a la que consideraban su causa, se había vuelto multiforme y ubicuo. Proponíamos entonces la consi-

deración de cuatro patrones que, nos pareció, nos permitían encuadrar lo que habíamos encontrado tanto en la literatura como en nuestra práctica: 1) el remanente manicomial, 2) Los crónicos externalizados, 3) los usuarios crónicos de los servicios ambulatorios y 4) los *pacientes crónicos adultos jóvenes*. A ellos nos atenderemos para organizar nuestra exposición.

15

► El remanente manicomial

Ya en los primeros años setenta se puso de manifiesto que una parte de la población entonces asilada en los hospitales psiquiátricos occidentales no es capaz de vivir ni autónomamente ni valiéndose de los apoyos existentes fuera de los hospitales, e iba a constituir lo que se conoció como el *núcleo duro* resistente a la desinstitucionalización. Se trataba de un número muy restringido de pacientes, en su mayor parte varones, de edad avanzada y con graves déficits de autonomía. Pero lo que su existencia traía a colación era el cuestionamiento de la idea de que el manicomio podía ser definitiva y totalmente superado (Bachrach 1986).

Estos pacientes podían agruparse en 4 categorías:

- 1) Pacientes con trastornos orgánicos cerebrales que producen deterioro psíquico y antes eran atendi-

dos en los manicomios (eran casi la mitad del núcleo duro).

- 2) Pacientes con trastornos de conducta graves relacionados con psicopatías, drogodependencias, alcoholismo o trastornos del control de los impulsos.
- 3) Pacientes con esquizofrenias resistentes a los tratamientos.
- 4) Pacientes con problemas de orden físico o de control que dificultan su alojamiento o autonomía (epilépticos, retrasados mentales ligeros, deficientes sensoriales...).

Hoy las personas que podrían incorporarse a los grupos 1 y 4 ni siquiera se consideran responsabilidad del sistema de atención psiquiátrica. Lo que los movimientos de reforma han confrontado en ellos no es la existencia de una categoría de pacientes que van a requerir cuidados hospitalarios de por vida, sino la de un grupo de personas concretas que están ya viviendo en los hospitales psiquiátricos y para las que no resulta fácil encontrar una alternativa viable, pero que no va a renovarse. Constituyen lo que se ha conocido como *antigua larga estancia*. Esto se ha traducido por un lado en un progresivo envejecimiento de la población asilada y, por otro en un ritmo mas lento de los procesos de desinstitucionalización que - allí donde no han dispuesto de fondos sin número o se han llevado a cabo de modo *salvaje* - ha debido adecuar su ritmo al de la desaparición natural - por defunción o transinstitucionalización al sistema de atención a los ancianos - de esta última generación de *antiguos crónicos*.

Las pertenecientes al segundo grupo constituyen un problema grave y de difícil manejo que se ha traducido en diversos países en tentativas de solución muy diferentes (de lo mas penal a lo mas terapéutico) que nunca han satisfecho - al menos a la vez- a los profesionales de salud mental, las autoridades judiciales o policiales, los pacientes y la opinión pública. Los pacientes esquizofrénicos lo suficientemente resistentes a toda intervención farmacológica o psicosocial como para necesitar un cuidados residenciales permanentes constituyen un grupo muy reducido, pero existen y siguen incorporando a su grupo nuevos casos. Lo que parece claro es que el Hospital Psiquiátrico tal y como era concebido antes de la era de la desinstitucionalización ni por sus dimensiones ni por sus contenidos representa una alternativa satisfactoria para ninguna de estas dos categorías que ali-

mentan el grupo de lo que se conoce en la literatura británica como de *nueva larga estancia*.

En España el número de camas psiquiátricas antes de iniciarse los procesos de reforma era sensiblemente menor que el de la mayoría de los países desarrollados. Pero este fenómeno se dibujó como un exacto calco de lo descrito en ellos (Jordá Moscardó E, Espinosa Iborra J, Gómez Beneyto).

► Los crónicos externalizados

Los trabajos de seguimiento que intentaron averiguar el paradero y la situación de los pacientes que fueron dados de alta en los primeros procesos de desinstitucionalización arrojaron resultados descorazonadores tanto en América como en Europa (Para una revisión ver Desviat, Fernández Liria y Rendueles 1986). Se había sobrestimado la capacidad de adaptarse a condiciones de vida normalizadas de personas que habían vivido durante largos períodos en medios protegidos olvidando - o incluso sin haber llegado a aprender - las habilidades necesarias para vivir autónomamente. Los nuevos dispositivos llamados a atender en mejores condiciones a la población antes asilada - como los Centros de Salud Mental Comunitaria que, por otra parte, se habían visto saturados por una demanda también nueva, de personas con patología "menor" que antes ni siquiera estaba en contacto con el sistema de atención psiquiátrica - se mostraron ineficaces para atender las necesidades de los pacientes externalizados que quedaron, en buena parte, desatendidos. Se trata de un grupo de pacientes mayoritariamente varones, de edad avanzada pero menores que los del apartado anterior y con diagnósticos de psicosis crónicas, trastornos de la personalidad y dependencias.

Esta situación fue blandida hasta la saciedad como un argumento pretendidamente definitivo contra los movimientos de desinstitucionalización y de la psiquiatría *comunitaria*. Se atribuyó, además, injustamente a la desinstitucionalización buena parte de los males que, en realidad, eran debidos a la crisis económica y al recorte de las prestaciones sociales que puso en la calle y privó de recursos a las personas mas desprotegidas. Pero exagerado o no, el fenómeno estaba allí y la concepción misma de la psiquiatría comunitaria hubo de cambiar substancialmente otorgando el papel que merecían aspectos como la rehabilitación o

os programas específicos de apoyo comunitario. Se rata de un grupo de pacientes mayoritariamente varones, de edad avanzada pero menores que los del apartado anterior y con diagnósticos de psicosis crónicas, trastornos de la personalidad y dependencias.

Los estudios de evaluación a largo plazo llevados a cabo en los últimos años sobre los procesos de desinstitucionalización merecedores de tal nombre no por el simple cierre de servicios para ahorrar fondos públicos en Estados Unidos (Okin 1993) y en Gran Bretaña (Leff 1993) demuestran que la sustancial reducción en el número de camas se ha acompañado de un aumento en el grado de satisfacción y calidad de atención de los pacientes externalizados hace una década tras largos periodos de institucionalización.

En España no se han practicado grandes procesos de desinstitucionalización, entre otras cosas porque en nuestro país el número de personas asiladas era menor que en otros de nuestro entorno y, además, cuando se han realizado, se han llevado a cabo muy tarde, cuando ya se conocían cuales eran los problemas experimentados en los países que iniciaron estas prácticas y que procedimientos se proponían para evitarlos. En cualquier caso, las mas o menos pequeñas desinstitucionalizaciones llevadas a cabo en los 80 y 90 se han llevado a cabo aplicando las enseñanzas de las experiencias de otros países y extremando precauciones que, a veces, faltaron en alguna experiencia aislada que tuvo lugar durante los años 70 (Gómez Beneyto, Asencio, Belenguer, Cebrian, Cervera, J. Lopis Salazar y Soria 1986). Un estudio realizado en una de las comunidades en las que se han realizado procesos de reforma muestra una mínima presencia de personas desinstitucionalizadas en la población indigente o carente de hogar (Vega y Palomo 1995 a, b, y c).

► Los usuarios crónicos de los servicios ambulatorios

El desarrollo de servicios "comunitarios" con capacidad y disposición para atender los llamados "trastornos mentales menores" abrió las puertas de la atención profesional a grandes poblaciones que antes no accedían a unos servicios centrados en el diagnóstico y orientados al manejo de la patología

pesada. En los países pioneros en estos desarrollos se puso de manifiesto ya en los años 60 la existencia de un grupo de personas altamente dependientes de estos nuevos servicios que tenía un perfil clínico y epidemiológico muy diferente del de los crónicos hospitalarios (Schneider y Schwed 1965; Schneider, Guillem y Loren 1972).

Este mismo fenómeno se ha detectado con idénticas características en diversos servicios españoles (Rendueles y Camarero 1986, Fernández Liria, Delgado, Rico y cols. 1986). En el realizado en el Centro de Salud Mental de Leganés en 1986 (Fernández Liria, Delgado Rico y al 1986) resultó que un tercio de los usuarios del centro (el 2% de la población de referencia) eran crónicos (llevaban mas de 2 años de uso ininterrumpido de los servicios), que la edad de máximo riesgo era entre los 31 y los 50 años y que la condición de *mujer* es un factor mayor de riesgo para este tipo de cronicidad y que, además, implica un funcionamiento diferente de los otros factores estudiados. Así, mientras que para los hombres, la *convivencia con el cónyuge* es un factor de protección, esta misma condición es un factor de riesgo para las mujeres. Además mientras que para los varones los diagnósticos de *entrada pesados* (psicosis, trastornos graves de la personalidad...) son un buen predictor de la posibilidad de convertirse en usuario crónico, resultó que, para las mujeres el riesgo de llegar a ser usuarias crónicas era *independiente del diagnóstico*.

En definitiva en este grupo de crónicos se incluyen pacientes que, en otro momento histórico se hubieran convertido en crónicos hospitalarios pero su presencia se ve desdibujada por la presencia de una población mucho mas numerosa que presenta trastornos menos graves o que, simplemente, ha convertido la consulta en un instrumento para afrontar la adversidad.

Este grupo de pacientes crónicos constituye un motivo mayor de reflexión en el diseño y puesta en marcha de los programas de atención y se han identificado estrategias para enfrentarlo (de hecho en un estudio que replicó el citado arriba en los mismos servicios 3 años mas tarde - cuando ya se habían considerado los hallazgos del anterior - no se detectó la anulación del efecto del diagnóstico para las mujeres (Fernández Liria 1991)). No nos detendremos, sin embargo en ellos porque, en general no son objetivo preferencial de los programas de rehabilitación.

► Pacientes crónicos adultos jóvenes

UN FENÓMENO NUEVO

La noción de *cronicidad* dejó en los años 70 de estar vinculada a la de *hospitalización*. Pero hasta los primeros años 80 aparecía como indisolublemente unida a la de *edad avanzada*. El término Paciente Crónico Adulto Joven - popularizado a través de su acrónimo en inglés *YACP* - apareció en 1980 como título de una conferencia promovida por el equipo del Centro de Salud Comunitaria de Rockland County (Pomona, Nueva York) dirigido por el Dr. BERT PEPPER. Con él se pretendía designar a un grupo de pacientes que venían siendo objeto de la atención y el trabajo de dicho equipo, cuya labor en este campo ha sido reconocida por la American Psychiatric Association en dos ocasiones a través de un *Significant Achievement Award* en 1983 y un *Gold Award* en 1985.

18 Este primer esfuerzo teórico y asistencial se recoge en un artículo (Pepper, Kirshner y Ryglewicz 1981) y dos libros (Pepper y Ryglewicz 1982 y 1984). En su planteamiento inicial se trata de un grupo heterogéneo de pacientes de edades comprendidas entre 18 y 30 o 35 años, cuyos trastornos debutaron en plena *era de la desinstitucionalización*, por lo que pasan muy poco tiempo en los hospitales, pero que presentan muy serios problemas de funcionamiento social y de manejo por los servicios comunitarios de salud mental y otras agencias sociales. Pepper destaca dos características:

- 1.- Sus graves dificultades en el funcionamiento social.
- 2.- Su tendencia a usar inadecuadamente los servicios de salud mental de forma tal que consumen grandes cantidades de energía y tiempo de los clínicos sin que sea posible establecer planes viables de tratamiento.

Se trata de pacientes con una variedad de diagnósticos (40 en un grupo de 294) entre los que se encuentran como más frecuentes dos tercios de trastornos mentales mayores, seguidos de trastornos de la personalidad y abundan los diagnósticos múltiples.

En opinión de Pepper se diferencian claramente de los pacientes desinstitucionalizados (de más edad) y del grupo de “nuevos crónicos” nunca instituciona-

lizados (y también mayores) a los que nos referíamos antes como “usuarios crónicos de servicios ambulatorios” porque:

- 1.- El fracaso es en ellos algo reciente.
- 2.- Todavía están luchando por ser como los otros de su generación.
- 3.- No han aprendido previamente como los pacientes desinstitucionalizados a ser dóciles y a hacer lo que se les manda.
- 4.- Actúan -y toman drogas- como la juventud desesperada y rebelde a la que pertenecen.
- 5.- Son propicios a volverse contra los profesionales de la salud mental en cuanto éstos intentan ocuparse de ellos.

Entre los problemas que estos pacientes tienen en común, Pepper cita:

- 1.- Su gran vulnerabilidad al stress.
- 2.- Su dificultad para establecer relaciones estables.
- 3.- Su incapacidad para conseguir o conservar algo bueno en sus vidas.
- 4.- Su incapacidad o rechazo de aprender de sus propias experiencias.
- 5.- Su gran capacidad de provocar sentimientos de frustración, malestar e inquietud en sus parientes y amigos y en los clínicos.

Lo que, en palabras de Pepper, los lleva a funcionar como personas sólo en un sentido marginal y a añadir a la paradoja de reunir las condiciones de “joven” y “crónico” el destino de ser “crónicamente jóvenes”.

Ellos se presentan como víctimas de la sociedad y conciben sus trastornos como consecuencia del uso de drogas o de la “mala vida”, rechazan el papel de enfermos mentales, sienten -en opinión de Pepper con mucho acierto- que la psicoterapia individual es insuficiente o inadecuada para atender a sus necesidades, desprecian o no soportan las actividades de los centros de día pensados para pacientes externalizados, rechazan o usan a su aire la medicación y sólo aceptan ayuda cuando les impulsa a pedirla una grave crisis.

El estudio de Pepper los presenta como personas que viven mayoritariamente con sus padres u “otros” (68%) y si lo hacen solos (17%) es porque practican una vida errabunda, viven de fondos públicos o de sus

padres. Sólo mantienen con la gente de su edad relaciones fugaces e insatisfactorias. Abusan del alcohol y de las drogas. Tienen frecuentes problemas con la ley. Presentan un alto riesgo de suicidio.

En el mismo número de *Hospital and Community Psychiatry* en que aparece este primer artículo, se recogen otras voces de alarma en el mismo sentido. Talbott (1981) -editor de la revista- apunta en una nota editorial hacia los factores demográficos que condicionan el concepto (del que acabarán siendo parte fundamental); Schwartz y Goldfinger (1981) desde el otro extremo del país (San Francisco) y desde un dispositivo asistencial totalmente diferente al de Rockland County (como es un servicio de urgencias hospitalización breve) muestra su alarma por la irrupción de un grupo de pacientes jóvenes cuya más relevante característica en su inadaptación a la oferta de servicios de salud mental disponibles y que acaban repercutiendo sobre la urgencia. Caton (1981) presenta un trabajo en que un grupo de idénticas características ha sido aislado en un estudio sobre esquizofrenias en la comunidad en el norte de Manhattan (Harlem), que ya presentó en la citada 1ª Conferencia sobre YACP en noviembre de 1980.

Hay una serie de elementos de acuerdo desde estas primeras señales de alarma. En primer lugar, todos los autores coinciden en señalar que se trata de un fenómeno nuevo. A la hora de buscar referencias útiles para su trabajo, las de Pepper se refieren exclusivamente al concepto de "síndrome de derrumbamiento social" elaborado por Gruenberg (1967, 1982) veinte años antes, para referirse a la situación, no sólo distinta, sino antitética de los pacientes asilados y ni más ni menos que a Goffman (1962) a quien también se refiere Caton en el artículo recién citado, para expresar su convicción de que sus pretendidos hallazgos (como los de Dunham (1960) y los de Stanton y Schwartz (1954) a quienes también cita) sobre el papel del asilo en el hecho mismo de la cronicación, han sido desmentidos por los datos de su propio estudio. En el estudio de California (Schwartz y Goldfinger 1981) por su parte creen encontrar referencias a la presencia de pacientes molestos en los servicios de urgencia en un artículo de Robbins de dos años antes (que elabora al respecto el muy débil concepto de "paciente indeseable" (Robbins, Stern y Robins 1978) y en los entonces recientes trabajos de Bassuk y Gerson (1980) y Neil (1979). Pero una cosa es detectar un malestar, como en el caso de estos

tres trabajos y otra, muy distinta, proponer una teoría que permita manejarlo. Lo que, por cierto, tampoco hacen Schwartz ni Caton, cuyo papel en este punto de desarrollo del concepto se limita a servir de corroboración a lo postulado por Pepper. Y, si el concepto de *marginación* propuesto por Segal y colaboradores (1977) parece más útil a Schwartz, esto tampoco trasciende un mero nivel descriptivo.

Más juego ha dado la tesis postulada por Talbott (1981) de que el problema enfrentado no es sino la traducción de las predicciones de Kramer (1977) sobre los problemas que iba a acarrear la llegada a la edad de máximo riesgo para la esquizofrenia de los individuos nacidos en el "baby-boom" que siguió a la Segunda Guerra Mundial y que determinan un importante ensanchamiento en la pirámide de edad americana.

En segundo lugar, parece que todos los pioneros del concepto coinciden en ponerlo en relación con el movimiento de desinstitucionalización en marcha que impide a estos pacientes el acceso al tipo de institución que hasta el momento había servido para manejar a sus predecesores.

Por último -y a pesar de que el de Schwartz (1981) es un estudio sobre pacientes que, en alguna ocasión, habían tenido un diagnóstico de esquizofrenia- todos coinciden en señalar que se trata de un grupo que no se define por sus características estrechamente clínicas y, menos que por ninguna otra, por el diagnóstico sino en base a criterios -que Pepper llama "funcionales" -referidos a su modalidad de uso de los dispositivos de salud mental. A estas alturas del debate, cuáles puedan ser los factores determinantes de esos patrones de uso -aunque todo parece apuntar hacia algo que tiene que ver con la situación de la juventud en la calle-, resultaba un misterio.

DELIMITACION DEL CONCEPTO.

Si bien este primer planteamiento encontró, según nos relata Bachrach (1982), fuerte eco en multitud de servicios dispersos por toda la geografía estadounidense, como señala esta misma autora, tal eco se tradujo, en un primer momento, en una literatura "fugitiva" o tema de discusión en pasillos de congresos, sin traspasar la puerta de aquellos mecanismos de que la comunidad científica dispone -Bachrach citaba el *Index Medicus*- para afrontar teóricamente los problemas que le son propios. Para que se diera este paso

fue preciso que el concepto fuera asentado, tras la "IIª Conferencia sobre Pacientes Crónicos Adultos Jóvenes" organizada por el CSMC de Rockland County, en un número de la revista HCP (que lanzó la primera señal de alarma y que se convirtió, después, en escenario principal de la polémica). Este número, además de una nota editorial firmada por Prevost (1982), contenía una propuesta de categorización de Sheets (1982) y, sobre todo, una revisión y formalización del tema a cargo de la especialista en cronicidad de la revista L. Bachrach (1982). La bajada a la arena del HCP de otra de las grandes autoridades americanas en pacientes crónicos, el californiano Lamb (1982) pocos meses después terminó esta labor de reconocimiento.

Bachrach (1982) sitúa como trasfondo del problema tres tipos de factores. El primero se refiere a los efectos de la *desinstitucionalización* (Bachrach, uno de los artífices aunque también de las conciencias críticas de este movimiento se cuida bien, de toda forma, de señalar que el fenómeno no puede ser encarado tampoco como un mero artefacto de la desinstitucionalización). Esta determina el fenómeno en dos sentidos: por un lado, diversifica los dispositivos de atención (antes reducidos al asilo) y a su personal, y hace más fácil que los pacientes "escapen" a su acción. Por otro -y en esto coincide con la formulación de Prevost (1982) - incrementa la **visibilidad** de estos pacientes que de este modo están en la calle en lugar de recluirlos de por vida en el asilo.

En segundo es de orden **demográfico** y se refiere por un lado a los efectos del baby-boom (previstos por Kramer (1977) y citado por Talbott (1982) y, por otro, a la gran movilidad geográfica que afecta a toda la población de esa franja de edad y que repercute en los pacientes dificultando su vinculación a los sistemas de atención y facilitando su acceso a modos disfuncionales de vida al ponerlos en contacto con las bolsas de marginación que se alojan en las grandes ciudades (Bachrach 1987).

El tercero se refiere a la pertenencia o fácil acceso de esta población a una *cultura de la calle* que, al menos en los Estados Unidos de América, incluye como valores el uso de drogas o el desprecio de formas de vida que se asocian con facilidad a los objetivos y prestaciones de los sistemas de atención a la salud mental.

Bachrach se hace eco del intento de categorización de estos pacientes propuesto en este mismo

número de H & CP por Sheets y colaboradores (1982). Estos, que detectan problemas muy diferentes en una población de crónicos atendida en un programa de rehabilitación, según la edad, creen detectar tres subgrupos en la población descrita por Pepper. El grupo de "baja energía y bajo nivel de demanda" más parecidos a los "nuevos crónicos" de los años 70, el de "alta energía y alto nivel de demanda" que se correspondería con el descrito por Schwartz y colaboradores (Schwartz y Goldfinger 1981) y el de "alto nivel de funcionamiento y de aspiraciones" de más alta clase social y engañosa apariencia saludable.

A Lamb (1982), bien bregado en el tema de los efectos de la desinstitucionalización sobre los pacientes crónicos (Lamb 1971 y 1979), la novedad del tema le parece debida a la necesidad de estos pacientes (a quienes aplica el término "drifters" derivado del verbo *to drift* que designa el acto de ser llevados a la deriva los restos de un naufragio) de encarar las preocupaciones y problemas propios de este momento del ciclo vital en una situación que les impide resolverlos. El aspecto de la "juventud crónica" tangencialmente señalado por Pepper parece imponerse al de la "cronicidad juvenil".

A partir de este momento y hasta 1987 no se discute la pertinencia del concepto: se habla de él y, sobre todo, se trabaja con él considerando la definición de Bachrach como definitiva.

El libro editado por Pepper y Ryglewicz ese mismo año reproduce casi textualmente artículos de ese número de H & CP (Sheets Prevost y Reihman 1982, Bachrach 1982) o se refieren a experiencias narradas en el de julio de 1981 (Pepper, Ryglewicz, Kirschner 1982) o pormenorizan líneas de trabajo en marcha en Rockland County o Nueva York en general (Hopper Baxrer y Cox 1982, Gruenberg 1982, Klein 1982, Flax 1982, Nefinger y Schiff 1982 Schacter, Goldberg y Gap 1982, Ryglewicz 1982) -o experiencias semejantes (Stein y Test 1982) o recogen algunos de los conceptos citados como antecedentes (Gruenberg 1982). Es llamativa la concurrencia de un filósofo (Gorovitz 1982) que intenta abordar el aspecto ético del problema, a mi modo de ver bastante pobremente.

En lo que se refiere a los intentos de perfilar, reartotar o enriquecer el propio concepto reseñaremos sólo aquellas aportaciones que han sido de trascendencia para la posterior evolución de la polémica.

McCarrick y colaboradores (McCarrick,

Handerscheid y Bertolucci 1985), por ejemplo, en un trabajo en el que da por sentado el concepto en los términos de Bachrach, estudian los factores relacionados con el **acting-out** en estos pacientes y señala entre éstos el abuso de alcohol (con efectos más adversos en estos pacientes), el de drogas (con iguales efectos en todas las edades pero más frecuente en éstas) y la ruptura en la toma de la medicación. El interés del artículo radica en que McCarrick pone en relación este último factor con uno de los objetivos del movimiento desinstitucionalizador: evitar el **ETIQUETAMIENTO** de los usuarios. McCarrick coincide con Weinstein (1983) en señalar que tal "etiquetamiento" no sólo no es perjudicial, sino que el rol de enfermo produce más ventajas que inconvenientes. El tema es importante porque algunas de las alternativas ofrecidas por los servicios que trabajan con estos pacientes y que analizaremos en el apartado siguiente son altamente estigmatizadoras y porque ese es uno de los argumentos con que finalmente Estroff (1987) tratará de poner fin a la discusión.

Test y colaboradores, por su parte, (Test, Knoedler, Alliness y Burke 1985) revisan las definiciones utilizadas de cronicidad en función de la incapacidad (Pepper 1982, Stanton y Schwartz 1954, Segal, Baumohl y Johnson 1980), la necesidad de soporte comunitario (Intagliata y Baker 1984) y la definición de los subgrupos de Sheets (Sheets, Prevost y Reihman 1982) y proponen una nueva en función del **ALTO RIESGO** para desarrollar una incapacidad. La muestra de su estudio se compone de pacientes con trastornos esquizofrénicos o del orden de la esquizofrenia.

Bender (Bender 1986) confirma la validez del concepto y establece el uso de una serie de variables que se han utilizado ampliamente en investigaciones posteriores, incluidas las españolas.

En base a ello la presencia del grupo se detectó en los Estados Unidos como un problema que afectaba a los más diversos dispositivos sociosanitarios como unidades hospitalarias, instituciones a medio camino, unidades ambulatorias, o instituciones sociales generales (para una revisión ver Fernández Liria 1991).

CONSECUENCIAS Y ALTERNATIVAS ASISTENCIALES.

Decir que los YACP se definen por su mal uso de los servicios diseñados para el manejo comunitario de

los trastornos mentales es tanto como aceptar que la existencia de estos exige la transformación de aquellos (o, en el peor de los casos, el reconocimiento de su fracaso). Por ello, y desde el principio, los trabajos sobre este grupo de pacientes se han cuidado, a la vez que de definirlo, de proporcionar alternativas en este terreno.

De nuevo la alternativa más completa correspondió desde el principio a Pepper y al CMHC de Rockland County. En el mismo trabajo (Pepper 1981) en que propuso el término, Pepper describía un circuito diseñado para la atención de esta población que incluye,

- Un **Servicio de crisis** que suele actuar como puerta de entrada y que ofrece intervenciones en el centro o a domicilio y tratamiento a corto plazo (Flax 1982).

- Una **unidad de Hospitalización Breve** orientada a la crisis (17 días de estancia media) (Flax 1982).

- Un **programa residencial** en dos fases con 20 camas llamado *Community Link-Up Experience (CLUE)* que incluye a la vez actividades en Centro de Día o actividades programadas en otros recursos comunitarios.

- Un **Hospital de Día** (en programa de 14 semanas) para casos agudos como alternativa a la hospitalización que incluye trabajo de grupo, psicoterapia individual y familiar y actividades educativas y recreativas (Neffinger, Schiff 1982, Neffinger 1981).

- Clínica ambulatoria** con un amplio abanico de prestaciones

- Dos centros de apoyo comunitario** (Schacter y Goldberg 1982) con funciones rehabilitadoras y que incluye los **case managers** encargados de guiar por el circuito a los usuarios que lo necesitan.

Desde allí han promovido y desde entonces han trabajado con la *National Alliance for the Mentally Ill* que agrupa 25.000 familias y la asociación *FAMILIA (Families of Mentally Ill Young Adults)*.

Posteriormente han creado nuevas alternativas residenciales en casas y la oficina de información TIE (*The Information Exchange*).

Los trabajos de Bachrach (1982a, 1982b) Sheets, Prevost y Reihman (1982 a y b) y Lamb (1982) teorizan estos requerimientos y señalan la necesidad de promover alternativas residenciales y de incidir sobre la mentalidad y actitudes de los tratantes y de prever, en base a estudios epidemiológicos la evolución de la prevalencia del fenómeno.

Bachrach propone los siguientes principios comunes para todos los pacientes crónicos, y que inspiraron las experiencias de los "programas modelo" (Bachrach 1982, 1981, 1980):

1. Atender con máxima prioridad a los pacientes más incapacitados.
2. Capacitar a los pacientes para acceder a una gama completa de servicios.
3. Trabajar sinérgicamente con otros recursos y agencias sociocomunitarios.
4. Proporcionar atención altamente individualizada para cada paciente.
5. Disponer de personal especialmente entrenado
6. Hacer programas flexibles, evaluables y modificables al variar las necesidades.
7. Disponer de un número restringido de camas hospitalarias y de un contacto con ellas.
8. Diseñar alternativas valorables y comprensibles desde la peculiar cultura de la población a atender.

Lamb (1982), en su concepción para este grupo de pacientes es aún más radical. En su opinión se trata:

1. Como primer paso, de establecer redes de *servicios ambulatorios y de rehabilitación* de gran calidad.
2. De *no dejarse guiar por objetivos de curación o normalización* cuando tales objetivos no son realistas.
3. De orientarse, en cambio, a *mejorar la calidad de vida* de estos pacientes.

Una exposición detallada de como estos principios se han aplicado en los países anglosajones puede encontrarse en Fernández Liria (1991).

LEGITIMIDAD DEL CONCEPTO

Si los YACP no fueron, como predecían los estudios del tema "el gran problema de la psiquiatría americana de los 80" (Pepper 1982, Egri y Caton 1982, Hopper, Baxrer y Cox 1982, Gruenberg 1982) fue, en todo caso, porque el gran problema que la psiquiatría americana de los 80 tuvo que afrontar fue la política de la administración Reagan. Pero los YACP fueron, sin duda, fuente de buena cantidad de quebraderos de cabeza. El concepto de YACP no sólo ha resultado útil a la hora de designar a un grupo de

pacientes al que identifica, sino que ha servido para articular toda una muy fructífera polémica sobre los medios a utilizar para hacer realidad los objetivos de la salud mental comunitaria. Los YACP han actuado como emergente o como señal de alarma de una crisis, han mostrado qué soluciones no eran válidas y han forzado un importante trabajo de reflexión para encontrar las que sí pudieran serlo.

En este estado de cosas y en enero de 1987, en una breve nota editorial aparecida en H & CP, Estroff (1987), como aquel niño del cuento que grita de pronto que el rey está desnudo, viene a señalar lo que, quizás por demasiado evidente, nadie hizo notar y lo que toda la discusión subsecuente sencillamente ignoró: El concepto se articula a partir de la comparación de crónicos jóvenes con crónicos de más edad y de tal comparación se pretenden extraer conclusiones sobre la cronicidad. Para extraer consecuencias sobre la cronicidad hubiera sido necesario comprar jóvenes crónicos con jóvenes no crónicos. Al no hacerlo -¡Nadie, en una polémica que lleva ya 6 años lo ha hecho!- las conclusiones extraídas lo son, probablemente, sobre *la juventud*. Porque -nos dice Estroff- las conductas que tanto alarman en estos jóvenes son las propias de su grupo de edad y la distancia que los separa de los crónicos de más años es la misma que separa a los jóvenes que no son ni pacientes, ni crónicos, de sus padres. Por otro lado -nos dice Estroff- el rótulo "YACP" y alguna de las alternativas diseñadas a su sombra son (aunque a eso ya hemos hecho referencia) altamente estigmatizadoras. La conclusión de Estroff se resume con claridad en el título de su pequeño artículo: "NO more Young Adult Chronic Patient".

No creo que le falte razón a Estroff en lo que se refiere a la estructura lógica de la articulación del concepto. No me parece, en cambio, que su denuncia sobre la estigmatización que su uso supone, a la que ya se habían adelantado Winterstein y Rapp (1986), vaya a sorprender a sus promotores, que, como hemos visto, ya se habían curado en salud al respecto. Hay que decir, además, que su artículo no sólo no pone punto final a la polémica, sino que se acompaña en el mismo número de H & CP de dos trabajos sobre el tema y se sigue de un ritmo de producción idéntico al previo.

Porque hay algo que se le escapa a Estroff: se trata de un grupo de pacientes que se define por su modalidad de uso de servicio. Pacientes y modalidad que existen y que son fácilmente identificables. Si

queremos pensar en su origen habrá que considerar la situación de la juventud, los cambios habidos en la articulación de la sociedad civil como consecuencia de las políticas neoliberales y, sobre todo, creo yo, en la crisis económica que preside ambos factores. Pero -independientemente de lo acertado del rótulo, a los técnicos de los servicios de salud mental tal grupo les obliga a replantear los objetivos, métodos y procedimientos de que se venían valiendo para desarrollar su trabajo. Es lo que ocurre desde hace 10 años. Es lo que ocurrirá en nuestro país en breve.

Lo que entretanto había sucedido se explica, quizás, mejor por el proceso de *sustantivización* del concepto en el sentido en el que Leona L. Bachrach lo refiera haciendo alusión recientemente al concepto de “enfermos mentales graves y persistentes (SPMI)” (¿Sustituto del de “pacientes crónicos adultos jóvenes (YACP)” para la década de los 90?) (Bachrach 1990).

En cualquier caso el concepto de YACP señalaba un grupo bien identificable de pacientes que producía un abanico bien completo de problemas. Y para eso ha servido. Pero no hay que olvidar, si se quiere utilizar sin peligro, que señala una insuficiencia congénita de un modelo de atención. Y no sólo una crisis de la nosología al uso.

YACP EN ESPAÑA

En nuestro país se ha llevado a cabo un estudio para investigar la posible existencia de un grupo semejante de pacientes en las redes de servicios resultantes de los procesos de reforma. Se llevó a cabo en Leganés (Madrid) durante el proceso de transformación del antiguo hospital psiquiátrico en la red de servicios que actualmente constituye en Instituto José Germain. En ese momento la red consistía en un centro de salud mental, una unidad de urgencias/hospitalización breve, una unidad de rehabilitación y una unidad de larga estancia/residencia asistida.

Se estudiaron, a través del registro acumulativo de casos psiquiátricos existente en la red, las características clínicas y sociodemográficas y los patrones de uso de 2450 pacientes atendidos durante un año y se pusieron en relación con el tiempo de uso continuado (cronicidad) y la edad (con ellos resultaban grupos de crónicos jóvenes, crónicos no jóvenes, no crónicos jóvenes y no crónicos no jóvenes). Se analizaron las variables cualitativas (las sociodemográficas y el diagnóstico) a través del análisis de tablas de contin-

gencia y las cuantitativas a través del test de Newman Keuls para la comparación de medias en distribuciones no paramétricas con el paquete estadístico PRES-TA-PC.

Resumiremos a continuación las conclusiones de ese estudio:

- 1.- La primera y fundamental conclusión fue que también en nuestro medio *el grupo de pacientes crónicos jóvenes se caracteriza por una serie de notas sociodemográficas y de uso de servicios* que le hacen merecer una consideración conjunta en la planificación y programación de los servicios de salud mental.
- 2.- Este grupo se compone de *Un reducido grupo de pacientes con un alto consumo de prestaciones.*
- 3.- Si se trata de sujetos que presentan con más frecuencia que el resto de los pacientes en general y que el resto de los crónicos *diagnóstico de psicosis funcional o de trastorno de la personalidad.*
- 4.- La diferencia en el uso de servicios entre sujetos de uno y otro sexo es mayor en el grupo de *pacientes no crónicos* lo que nos permite atribuir la mayor presencia de varones que han descrito numerosos estudios americanos en el grupo de crónicos jóvenes no a su condición de cronicidad, sino a la de juventud.
- 5.- Son personas que con más frecuencia que sus coetáneos, (aunque con la misma que los crónicos “de vieja escuela”) *son solteros y viven en forma dependiente de la generación anterior.* por lo que cabe esperar en un futuro relativamente próximo una quiebra de su sistema de soporte y la incorporación a la red de una demanda constituida por sujetos maduros, sin recursos, aislados y con trastornos graves, demasiado jóvenes para incorporarse a los programas de previsión social para ancianos y sin las características esperadas en una red de atención a la salud mental que prevé o la rotura brusca pero remediable del soporte comunitario por la irrupción de la patología aguda o la existencia de un soporte suficiente para garantizar una vida normalizada.
- 6.- Se trata de personas que *trabajan en menor medida que la población en general y que sus coetáneos en particular.*
- 7.- El grupo de crónicos jóvenes *forma parte de una generación más culta y con más expectativas sociales* que el de sus padres.

- 8.- *No hemos confirmado que los patrones diagnósticos entre los pacientes crónicos jóvenes o no, sean diferentes en hombres y mujeres.* Creemos que este hecho -que contradice nuestros propios resultados de 1986 (Fernández Liria, Delgado y Rico 1986)- es producto de una serie de medidas tomadas para evitar la psiquiatrización y la cronificación yatrogénica de algunos problemas asociados a la condición de mujer en un barrio obrero.
- 9.- Estos pacientes no sólo consumen *más prestaciones de atención ambulatoria del resto, sino que además las consumen de mayor "calidad" o sofisticación* (psicoterapia). Además dan muestras de una *"inquietud en la red"* que puede ser un indicador de esa capacidad para causar *stress en los profesionales* o de esa *inadecuación* de la oferta a que refiere toda la literatura americana.
- 10.- *También consumen con más frecuencia servicios de hospitalización* y lo hacen, en mayor medida, *sin utilizar* los ambulatorios. Lo mismo ocurre con la *urgencia hospitalaria*.
- 11.- *Son los usuarios por excelencia de la Unidad de Rehabilitación* que proporciona residencia y cuidados de enfermería a personas incluidas en programas -a veces muy sofisticados- de rehabilitación. Se trata de una prestación de alto coste y de atención intensiva y este hallazgo redonda en el sentido de lo que hasta aquí venimos señalando.
- 12.- Los pacientes crónicos jóvenes, *a diferencia de los demás edad, no utilizan las prestaciones de larga estancia-residencia asistida* (lo que probablemente está en la base de buena parte del resto de los fenómenos observados).
- 13.- Los pacientes crónicos jóvenes se diferencian pues, de los de los pacientes crónicos de más edad en una serie de características sociodemográficas. Pero en las que no son directamente dependientes de las políticas de atención a la salud mental (como el "tipo de convivencia") lo hacen en la medida en que se parecen más al grupo de jóvenes no crónicos. La mayor diferencia clínica respecto a los crónicos de vieja escuela se debe también a una decisión política: la de atribuir el cuidado de los deficientes mentales a una institución diferente de la psiquiátrica (cuando no al mismo proceso de envejecimiento como es el caso de las psicosis orgánicas).

Es respecto al uso de servicios en lo que este grupo de pacientes se diferencia tanto del resto de los jóvenes como de los crónicos de más edad. Dado que lo que ha variado es la oferta de servicios, lo más razonable es pensar que **la emergencia de este grupo pone de manifiesto no la entrada en escena de un problema nuevo, sino la forma de expresión en un contexto nuevo -el creado por la reforma psiquiátrica- del viejo problema del cuidado y el tratamiento de los pacientes graves.** Pero esta desustantivación del concepto (Bachrach 1990) lejos de restarle interés lo convierte en un útil *analizador* de los intentos de reforma.

De las conclusiones antedichas pueden extraerse algunas consecuencias asistenciales:

- 1) Este grupo de pacientes consume un gran volumen de atención y lo hace de un modo disfuncional. Convertirlo en grupo diana de programas específicos, aunque suponga el empleo de una cantidad considerable de recursos, no sólo mejorará la atención que el mismo recibe, sino que liberará recursos que podrán emplearse en atender más eficazmente a otros grupos. En otras palabras: podría ser incluso rentable.
- 2) La correcta atención a este grupo requiere desarrollar instrumentos técnicos adecuados para el tratamiento de la esquizofrenia y los trastornos de la personalidad, que son los más característicos del mismo.
- 3) El hecho de que estos pacientes no sólo consuman más prestaciones sino que, además, consuman más las más sofisticadas, requiere ser considerado a la hora de pensar en la dotación de los servicios. Pero además, hay que hacer un esfuerzo conceptual y recordar el principio de establecer objetivos limitados y realistas, ya que si el despliegue de tales medios se acompaña de expectativas insensatas, sólo servirá para cultivar el sentimiento de frustración en pacientes y terapeutas.
- 4) El fenómeno de "inquietud en la red" así como la tendencia a utilizar abusiva, cuando no exclusivamente los servicios hospitalarios (incluida la urgencia) obliga a reforzar los mecanismos de coordinación de las diversas estructuras del área sanitaria y a estudiar procedimientos para incrementar la accesibilidad de los servicios ambulatorios o la asertividad de los programas de cuidado.
- 5) El mayor nivel cultural y las mayores expectativas

sociales de estos pacientes respecto a las generaciones anteriores condicional el que suelen rechazar las actividades de ocupación y los modelos de reinserción a los que, probablemente, sus padres se hubieran acomodado. Esto es fundamental considerarlo a la hora de diseñar los programas de rehabilitación.

- 6) La esperable quiebra del soporte social hoy aportado a estos pacientes por una generación envejecida, y la esperable dificultad de los mismos para buscar alternativas autónomas supone, a mi modo de ver, el más grave desafío al actual modelo de atención, diseñado sobre el supuesto de que los pacientes gozan de ese mínimo soporte que sólo se quiebra, coyunturalmente, en la crisis.

El trabajo de programas como los de “*case management*” en el sentido de ayudar a la construcción de redes sociales alrededor de estas personas debe complementarse (en una sociedad como la nuestra en la que no cabe confiar en exceso en milagrosos esfuerzos del estado benefactor por salvar a esta población en el momento en que se detecte) con el apoyo y la colaboración con las *asociaciones de usuarios y allegados*.

- 7) El hecho de que los YACP pertenezcan más a menudo a categorías laboralmente inactivas (sobre todo unido a lo anterior) pone sobre el tapete la necesidad -además de dedicar recursos a intentar una rehabilitación laboral cuando sea posible- de *garantizar un soporte económico*. Las dificultades emanan en gran medida, sin duda, de una legislación rígida que se adapta con dificultad a la consideración de la incapacidad laboral a causa del trastorno mental. Pero se deben también a un factor subjetivo que hace que esta ausencia de trabajo productivo aparezca nuestro estudio encubierta en categorías como “estudiante” o “ama de casa” para salvar un cierto sentimiento de “vergüenza” propio de la familia. En la medida en que estas categorías no están protegidas económicamente es necesario actuar sobre el fenómeno a través del *asesoramiento* a los usuarios y a sus familiares y del esfuerzo por *modificar la percepción social*.

- 8) En las poblaciones en las que, como la de referencia en este estudio cabe esperar, por la estructura de la pirámide de población, un incremento brus-

co de la población en la edad del grupo estudiado hay que prever que esto va a requerir un aumento de la dotación de los sistemas de atención aunque la población total no varíe.

- 9) Caso de modificarse la decisión *política* de encomendar el cuidado de los *deficientes mentales* a instituciones no sanitarias también deberían revisarse todas las previsiones sobre necesidades.
- 10) De confirmarse que existe una tendencia a la disolución de las barreras culturales que dificultan a los varones el tomar la decisión de consultar por la mal llamada “patología menor” cabría esperar un *aumento de la demanda* por este tipo de patología. Ello tendría consecuencias tanto sobre el nivel especializado de la atención como sobre la atención primaria, que atiende la mayor parte de esa patología.
- 11) El borramiento en la diferencia en cuanto a los factores que determinan el riesgo de cronicación entre hombres y mujeres, que había sido detectada en el estudio que sobre la misma red se realizó en 1986 (Fernández Liria, Delgado y Rico, 1986), y que parece atribuible a las medidas tomadas para entrar la psiquiatrización y la cronicación yatrogénica de los problemas asociados a la condición de ama de casa de la clase obrera, avala la conveniencia de diseñar estrategias en este sentido.

► Bibliografía citada

Bachrach LL. Overview Model Programs for Chronic Mental Patients. Am. J. Psychiatry 1980; 137: 1023 - 1031.

Bachrach LL. General Hospital Psychiatry: Overview from a Sociological Perspective. Am. J. Psychiatry 1981; 138: 879 - 887.

Bachrach LL. Young Adult Chronic Patients: An Analytical Review of the Literature. Hosp. Community Psychiatry 1982a; 33: 189 - 197.

Bachrach LL. Program Planning for Young Adult Chronic Patient in Pepper B, Ryglewicz M (eds.): The Young Adult Chronic Patient, New Directions for Mental Health Services, 14, San Francisco. 1982b.

Bachrach LL. The future of the State Mental Hospital. Hospital and Community Psychiatry 1986; 37: 467 - 474.

Bachrach LL. Geographic Mobility and the Homeless Mentally Ill. *Hosp. Community Psychiatry* 1987; 38: 27 - 28.

Bachrach LL. What's in an adjective? Or an acronym? *Hosp. Community Psychiatry* 1990; 41: 601.

Bassuk EL, Gerson S. Chronic Crisis Patients: A Discrete Clinical Group. *Am. J. Psychiatry* 1980; 37: 1513 - 1517.

Bender MG. Young Adult Chronic Patients: Visibility and Style of Interaction in Treatment. *Hosp. Community Psychiatry* 1986; 37: 265 - 268.

Caton CLM. The New Chronic Patient and the System of Community Care. *Hosp. Community Psychiatry* 1981; 32: 475 - 478.

Desviat M, Fernandez Liria A, Rendueles G. La nueva cronicidad. En Espinosa J (coord). *Cronicidad en Psiquiatría* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría 1986: 309-323.

Dunham HW. Weinberg HK. *The Culture of the State Mental Hospital*. Wayne State University Press Detroit. 1960

26 Espinosa J. Respuesta social e institucional al problema del enfermo mental crónico: una revisión histórica. En Espinosa J (coord). *Cronicidad en Psiquiatría* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría 1986: 15-72.

Estroff SE. No more Young Adult Chronic Patient. *Hosp. Community Psychiatry* 1987; 38: 5.

Fernández Liria A. El concepto de paciente crónico adulto joven: pertinencia y relevancia para la planificación y organización de los servicios de salud mental. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid 1991.

Fernández Liria A, Delgado M, Rico P, Molins C, Perez Martínez E, Buirtrago C, Donas M, Sanchez J, Perez Roldán I. Cronicidad en un dispositivo de atención ambulatoria a la salud mental (Leganés). En Espinosa j (coord). *Cronicidad en psiquiatría*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría 1986: 332-357

Flax JW: Crisis Intervention with the Young Adult Patient. in Pepper B; Ryglewicz H: *The Young Adult Chronic Patient*. New Directions for Mental Health Services 14, San Francisco, 1982

García González J, Montejo J, La cronicidad: reflexiones acerca de su epistemología.

Goffman E. *Asylums: Essays on the Social Salvation of Mental Patients and Other Inmates*.

Aldiver, Chicago 1962. (Existe traducción castellana)

Gómez Beneyto M, Asencio A, Belenguer MJ, Cebrian A, Cervera G, Llopis V, Salazar J, Soria A. Desinstitucionalización de enfermos mentales crónicos sin recursos comunitarios: un análisis de la experiencia del hospital psiquiátrico Padre Jofré. En Espinosa j (coord). *Cronicidad en psiquiatría*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría 1986: 237-263.

Gorovitz S: A Philosopher's View in Pepper B, Ryglewicz H. eds: *The Young Adult Chronic Patient*. New Directions Mental Health Services, 14, San Francisco, 1982

Gruenberg EM. Social Breakdown in Young Adults Keeping Crisis from Becoming Chronic, in Pepper B, Ryglewicz H eds.; *The Young Adult Chronic Patient*. New Directions form Mental Health Services 14, San Francisco 1982

Gruenberg EM. The Social Breakdown Syndrome Some Origins. *Am. J. Psychiatry* 1967; 123: 1481 - 1489.

Hopper K, Baxrer E, Cox S: Not Making It Crazy: The Young Adult Chronic Patients in New York City, in Pepper B, Ryglewicz H. *The Young Adult Chronic Patient*. New Directions for Mental Health Services 14, San Francisco, 1982

Intagliata J, Baker F. A comparative analysis of the young adult chronic patient in the New York State's Community Support System. *Hosp. Community Psychiatry* 1984; 35: 45 - 50.

Jordá Moscardó E, Espinosa Iborra J, Gomez Beneyto. Estudio de los pacientes de larga estancia internados en ocho hospitales psiquiátricos españoles. En Espinosa j (coord). *Cronicidad en psiquiatría*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría 1986: 121-236

Klein DF. Psychopharmacology: Special Considerations, in Pepper B; Ryglewicz H eds; *The Young Adult Chronic Patient*. New Direction For Mental Health Services, 14. San Francisco, 1982

Kramer M. *Psychiatric Services and the Changing Institutional Scene 1950 - 1985*. Rockville Md. National Institute of Mental Health 1977

Lamb HR, Goertzel V. Discharged Mental Patients - Are They Really in the Community?. *Archives of General Psychiatry* 1971; 24: 29 - 34.

Lamb HR, Goertzel V. The Long-term Patient in the Era of Community Treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1977; 34: 679 - 682.

Lamb HR. Young Adult Chronic Patients; the New Drifters. *Hosp. Community Psychiatry* 1982; 33: 465 - 468.

Leff J (ed). The TAPS Project: Evaluating community placement of long-stay psychiatric patients. *Br J Psychiatry* 1993; 162 (suppl 19)

McCarrick AK, Handerscheid RW, Bertolucci DE. Correlates of Acting-out Behaviours among Young Adult Chronic Patients. *Hosp. Community Psychiatry* 1985; 36: 848 - 853.

Neffinger GG. Partial Hospitalization an Overview. *Journal of Community Psychology* 1981; 9: 262 - 269.

Neffinger GS, Schiff JW. Treatment by Objectives: a Partial Hospital Treatment Program, in Pepper B, Ryglewicz H eds; *The Young Adult Chronic Patient*. 14, New Direction for Mental Health Services, San Francisco, 1982

Neil JR. The Difficult Patient. *Journal of Clinical Psychiatry* 1979; 40: 209 - 212.

Okin RL, Pearsall D. Patient's perception of their quality of life 11 years after discharge from a State Hospital. *Hosp Community Psychiatry* 1993, 44: 236-240.

Pepper B, Kirshner MC, Ryglewicz H. The Young Adult Chronic Patients; Overview Of a Population. *Hosp. Community Psychiatry* 1981; 32: 463 - 469.

Pepper B; Ryglewicz H Eds. *New Directions For Mental Health Services; The Young Adult Chronic Patient* 14. Jossey Bass. San Francisco 1982

Pepper B; Ryglewicz H Eds. *New Direction For Mental Health Services; Advances In Treating The Young Adult Chronic Patient*, 21. Jossey Bass. San Francisco 1984

Prevost JA. Youthful chronicity: Paradox of the 80's. *Hosp. Community Psychiatry* 1982; 33: 173.

Rendueles G. La cronicidad: ideología e historia de un epistema. En Espinosa j (coord). *Cronicidad en psiquiatría*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría 1986: 75-103

Rendueles G, Camarero P. Cronicidad en una consulta de neuropsiquiatría; la generación de los 80 (Gijón). En Espinosa j (coord). *Cronicidad en psiquiatría*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría 1986: 324-332

Robbins E; Stern M; Robbins L et als. *Unwelcomed Patients; Where Can they Find Asylum?*. *Hosp. Community Psychiatry* 1978; 24: 44 - 46.

Ryglewicz H. Working with the family of the psychiatrically disabled Young Adult, in Pepper B, Ryglewicz H: *The Young Adult Chronic Patient*, New Directions for Mental Health Services 14. San Francisco, 1982

Schacter M, Goldberg W. GAP; A Treatment Approach for the Young Adult Chronic Patient, in Pepper B, Ryglewicz H eds. *The Young Adult Chronic Patient*. New Direction for Mental Health Services, San Francisco, 1982.

Schneider PB, Schwed S. A propos de l'importance de l'attitude medicale dans la passage à la chronicité en médecine psychosomatique. *Revue de Médecine Psychosomatique* 1965; 5: 192

Schneider PB, Guillem P, Loren JA. Le malade chronique en psychiatrie ambulatoire; etude de 309 patients dits chroniques. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie* 1972; 110: 151-168

Schwartz SR; Goldfinger SM. The New Chronic Patient; Clinical Characteristics Of An Emerging Subgroup. *Hosp. Community Psychiatry* 1981; 32: 470 - 474.

Segal SP, Baumohl J; Johnson E. Failing through the cracks mental disorder and social margin in a young regrant population. *Social Problems* 1977; 24: 387 - 400.

Segal SP, Baumohl J, Johnson E. Engaging the disengaged; proposals on madness and vagrancy. *Social Work* 1980; 25: 358 - 365.

Sheets JL, Prevost JA, Reihman J: Young Adult Chronic Patients: Three Hypothesized subgroups. *Hosp. Community Psychiatry* 1982; 33: 197 - 203.

Sheets JL, Prevost JA, Reihman J: The Young Adult Chronic Patient; Three Hypothesized Subgroups, in Pepper B; Ryglewicz H: *The Young Adult Chronic Patient*. New Direction for Mental Health Services nº 14, San Francisco, 1982

Stanton AH, Schwartz MS. *The Mental Hospital* Basic Books. New York City, 1954

Stein LI, Test MA. Community Treatment of the Young Adult Chronic Patient, in Pepper B, Ryglewicz H eds. *The Young Adult Chronic Patient*. New Directions form Mental Health Services. San Francisco 1982

Talbott JA(ed): *The chronic mentally ill: treatment, programs, systems*. New York: Human Sciences Press, 1981

Talbot JA (ed). *The chronic mental patient, five years later*. Orlando: Grune & Stratton 1984

Talbott JA: Commentary: The Emerging Crisis in Chronic Care. Hosp. Community Psychiatry 1981; 32: 441.

Test MA, Knoedler WH, Allness DJ, Burke BA. Characteristics of Young Adults With Schizophrenic Disorders Treated in the Community. Hosp. Community Psychiatry 1985; 36: 853 - 858.

Vega S, Palomo T

Weinstein RM: Labelling Theory and the Attitudes of Mental Patients. Review J. Health Soc. Behav. 1983; 24: 70 - 84.

Winferstein RT, Rapp CA. The Young Adult Chronic Patient; a Dissenting view of an emerging concept. Psychiatric Rehabilitation Journal 1986; 9: 3 - 13.



Concepto, objetivos y fases de la rehabilitación psiquiátrica

Sergio Rebolledo Moller

La Rehabilitación psiquiátrica es una aplicación particular de la Rehabilitación Psicosocial, en éste caso al campo de la salud mental. En general se puede afirmar que la rehabilitación es una intervención complementaria y paralela al tratamiento. Y en muchos casos la rehabilitación es la asistencia prestada cuando el tratamiento, propiamente tal es ineficaz. Considero importante diferenciar tratamiento de rehabilitación, aún cuando en la práctica se oferte al paciente una atención global. El tratamiento pretende remover las causas, la etiología del problema, en cambio en la rehabilitación se pretende aminorar las consecuencias de la enfermedad crónica. En la rehabilitación física se busca aliviar las consecuencias mediante modificaciones ambientales (por ej. eliminando barreras arquitectónicas), prótesis y enseñanza de habilidades que permitan una mejor adaptación del individuo a su ambiente físico. En la rehabilitación psicosocial el objetivo es incrementar la participación del individuo en su ambiente social, que por definición es cambiante (al contrario que el físico) y además posee expectativas respecto del comportamiento del paciente. En la rehabilitación psicosocial las expectativas ambientales son tan importantes como las habilidades del sujeto.

Es necesario, también, diferenciar entre las tareas específicamente rehabilitadoras y las de reinser-

ción. Rehabilitación es el proceso de incremento de los apoyos ambientales y/o la adquisición de habilidades en un contexto social normalizado y la reinserción son los procesos por los que se logra incrementar la participación del sujeto en áreas significativas de la vida social. No siempre la rehabilitación culmina en reinserción, por ejemplo cuando se trabaja con pacientes de unidades de larga estancia y no siempre la reinserción debe suponer un programa de rehabilitación previo, sería el caso de un paciente joven que con apoyo y orientación suficiente puede volver a participar en el mundo laboral o de formación profesional.

Siendo la rehabilitación psiquiátrica una aplicación particular de la rehabilitación psicosocial, podemos entenderla como la organización de servicios y asistencia de enfermos mentales crónicos destinada a remediar las consecuencias de padecer una enfermedad mental. La rehabilitación psiquiátrica se caracteriza por ofertarse en un marco asistencial complejo, donde el paciente obtiene tratamiento farmacológico, asistencia psicoterapéutica, rehabilitación y reinserción.

Las estrategias de rehabilitación y reinserción social de enfermos mentales, surgen de considerar las consecuencias que la enfermedad mental tiene sobre el desempeño social del individuo y su grupo de con-

vivencia. El estudio de las consecuencias de la enfermedad mental crónica requiere la consideración de los deterioros, las discapacidades y las minusvalías.

La enfermedad mental crónica cursa con deterioro, que puede o no evidenciarse en un daño orgánico cerebral, pero que siempre tiene una expresión funcional en los síntomas y discapacidades que presenta la persona. Estas discapacidades se refieren a la pérdida de habilidades para el desempeño de roles sociales. La situación final de minusvalía a que se ve sometido el paciente, está señalada por la falta de recursos y soportes socio-ambientales y afectivos.

Para incidir sobre estas consecuencias de la enfermedad mental, la rehabilitación psiquiátrica y la reinserción buscan articular en la vida del paciente recursos residenciales, ocupacionales, socio-afectivos y comportamentales, de características protésicas, que permitan al paciente el desempeño del mayor número de roles, socialmente valiosos, en ambientes lo más normales posibles.

La rehabilitación psiquiátrica supone programas de diseño de ambientes y de entrenamiento de habilidades que permitan el desempeño social lo más normal posible del enfermo mental. Y la reinserción social son las tareas de incorporación del paciente a los ambientes residenciales, familiares, ocupacionales e interaccionales lo más normalizados posibles.

► Principios orientadores de la Rehabilitación Psiquiátrica

De prevención terciaria.

La prevención terciaria está constituida por las estrategias de intervención destinadas a aminorar las consecuencias de padecer una enfermedad crónica. De tal forma que la rehabilitación psiquiátrica viene a ser un recurso primordial en las intervenciones de prevención terciaria en salud mental.

Las consecuencias negativas de las enfermedades mentales crónicas, para el individuo que las padece y su núcleo familiar, son de tres tipos. El primero son los deterioros, constituidos por las anormalidades del funcionamiento neuropsicológico de la persona. Ejemplos de deterioros que se observan en los procesos esquizofrénicos serían : hipofunción del lóbulo frontal, fallos en la atención continuada, déficit en el

procesamiento de información, sintomatología positiva y negativa.

El segundo serían las discapacidades. Caracterizadas por la pérdida de hábitos y habilidades en la vida cotidiana. Los hábitos de higiene, de autocuidado, las habilidades para el trato interpersonal, los hábitos de trabajo, de organización del tiempo personal, las actividades e intereses de tiempo libre pueden llegar a ser gravemente disfuncionales en una persona que padece un trastorno mental.

Finalmente la tercera consecuencia serían las minusvalías. Que son las desventajas sociales que experimenta el paciente y su familia, como consecuencia de padecer una enfermedad mental. La falta de reconocimiento legal para prestaciones socioeconómicas ante ciertos casos especialmente deteriorados, la falta de alternativas laborales y residenciales, el estigma y rechazo social de la enfermedad mental, el aislamiento social y la falta de apoyo afectivo que experimenta el paciente y su familia, son ejemplos de minusvalías en los trastornos mentales.

Como estrategia de prevención, la rehabilitación viene a ser obligada a considerar los siguientes aspectos:

- Potenciar la salud general del paciente, con lo cuál la salud mental se ve beneficiada.
- Promover los correctos factores biopsicosociales que deben conformar todo ambiente humano que fomenta la salud y el desarrollo personal.
- Desarrollar técnicas específicas de evaluación, tratamiento y supervisión de las consecuencias de la enfermedad mental.
- Realizar estudios epidemiológicos y sociales de la población enferma y de su modo de vida de forma de adecuar la oferta asistencial rehabilitadora a las necesidades de ésta población específica.

Principio de Normalización.

El principio de normalización parte de valorar las diferencias humanas y el derecho que le asiste, en éste caso, al enfermo mental, a ser distinto y no por ello marginado de la vida social normal. No significa que el paciente deba ser normal, sino más bien ofertarle los soportes necesarios para que sea usuario de los recursos comunitarios normales (Brown y Smith, 1992; Wolfensberger, 1982).

Desde lo operativo dos son los factores que con-

figuran su aplicación en la gestión de servicios al enfermo mental :

- Que el ambiente (físico, decorativo, social, de rutinas y normas de la vida diaria, ocupacional, etc.) que se le oferta sea lo más normal posible, desde el punto de vista cultural.

- Que éste ambiente permita y promueva en el paciente el desempeño del mayor número de roles sociales, lo más normales y valiosos posibles según criterios socio-culturales (estar informado y orientado socialmente, desarrollar intereses y ocupaciones valoradas socialmente, ser usuario de servicios comunitarios, ser consumidor, alcanzar relaciones afectivas, tener un trabajo remunerado y acceder a un sistema de prestaciones sociales y económicas equiparable al resto de los ciudadanos, etc.).

Principio del Enfoque Comunitario.

Son múltiples los desarrollos del enfoque comunitario a aplicar en las actividades de rehabilitación psicosocial. (Costa y López, 1982, 1986; San Martín y Pastor, 1984). Podemos señalar algunos :

- Uso del ambiente como agente estimulador en las actividades de rehabilitación (necesidad de programar el ambiente terapéutico).

- Participación de los pacientes en la gestión de la cotidianidad de los servicios de rehabilitación. Dándoles cauce para organizar actividades en relación a necesidades percibidas por ellos mismos y sus familiares

- Uso extensivo e intensivo de los recursos de la Comunidad, institucionales, públicos y privados, por los usuarios de los servicios de rehabilitación.

- Formación y promoción de grupos de autoayuda entre los usuarios y sus familias.

- Creación y utilización de grupos de voluntarios de la Comunidad como redes de apoyo socio-afectivo al enfermo mental.

Principio de Desinstitucionalización.

Los servicios de rehabilitación psicosocial, no deben constituirse en una nueva institucionalización de la vida del enfermo mental. Para ello procurará la intervención mínima necesaria con el fin de calibrar la razón entre las necesidades del paciente, que hay que

atender institucionalmente y la necesidad y el derecho que le asiste, de promover su independencia y auto-gestión de sus asuntos y autonomía para decidir sobre su vida.

Al respecto Gloag (1985) nos advierte que “las personas pueden verse institucionalizadas en el sentido de hacerse dependientes, inactivas e infraestimuladas aún fuera del hospital psiquiátrico, en sus casas, pisos u otros alojamientos protegidos e incluso en hospitales y centros de día ... pero también se da el caso, de personas que aparentemente (después de su contacto con servicios psiquiátricos) no necesitan rehabilitación y sin embargo viven penosamente en lucha continua, habiendo técnicas psicológicas, de asistencia social y de asesoramiento que las podrían ayudar”.

Hipótesis de la Vulnerabilidad :

Los estudios iniciales de Zubin (1977, 1983) han dado pie a un modelo de segundo orden que tiende a ver la psicosis, especialmente la esquizofrenia como un estado del individuo en que lo básico sería el rasgo de la vulnerabilidad. Vulnerabilidad entendida como diátesis. Estos estudios tienen considerable importancia a la hora de planificar una intervención en rehabilitación psiquiátrica, ya que nos llevan a considerar los factores de riesgo y protección dada la vulnerabilidad del paciente. Sus recidivas, sus acontecimientos vitales, sus habilidades de afrontamiento, los soportes socio-afectivos que posee, su aceptación de la medicación neuroléptica y otros, configuran objetivos de rehabilitación que buscan ayudar al paciente a organizar un estilo de vida adecuado a su condición vulnerable, que valore la protección que requiere, sin claudicar una vida social y de desarrollo personal.

Parece establecida la eficacia de los neurolépticos en el control y mantenimiento de la sintomatología esquizofrénica (Davis, 1975). Según Hirsch (1986) los neurolépticos tendrían tres efectos específicos: 1) sobre síntomas positivos tales como delirios, alucinaciones, trastornos formales del pensamiento y síntomas catatónicos; 2) reducirían de forma específica la agitación o inquietud motriz sin alterar especialmente el nivel de conciencia y 3) evitan el desarrollo de nuevos síntomas psicóticos y previenen las reagudizaciones. Sin embargo, como ya se sabe, la terapéutica con neurolépticos no está exenta de dificultades. Sus efectos secundarios llevan muchas veces a que las

personas y familiares rechacen un tratamiento neuroléptico prolongado. Los mismos psiquiatras sienten aprehensión ante un tratamiento prolongado por el temor a la aparición de efectos extrapiramidales y a la discinesia tardía (Kane et al. 1982). De tal forma, que existe hoy en día una considerable investigación sobre estrategias para el mantenimiento de la medicación, pero reduciendo los riesgos. Dos parecen ser los métodos principales: a) mantenimiento con dosis bajas óptimas y b) discontinuidad del tratamiento, usando sólo los neurolépticos en períodos prodrómicos y de exacerbación sintomatológica (Schooler, 1985). No entraremos a analizar los estudios que se han realizado comparando ambas estrategias, revisiones de estos temas se encuentran en Alpert (1985), Hirsch (1986), Gutiérrez, Ezcurra y Pichot (1995), entre otros muchos y parecen concluir que la discontinuidad del tratamiento tendría una mayor tasa de recaídas. Varios estudios concluyen que una variable mediadora del posible éxito de estas estrategias radica en la adecuada alianza y entrenamiento entre personal asistencial, familiares y afectados en la detección de pró-dromos y en la articulación de un medio ambiente favorables (Carpenter y Heinrichs, 1983; Hertz et al. 1982). Objetivos ambos de las intervenciones psicoeducativas y rehabilitadoras. Sin embargo existe también un considerable número de recaídas a pesar de mantenerse una adecuada protección neuroléptica. Hogarty et al., (1979) informaron de un 40% de recaídas al cabo de un año, en personas que tomaban neurolépticos en forma oral y un 35% de recaídas en los que lo hacían por vía inyectable. En dos años de seguimiento no encontró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Hallazgos similares encontraron Schooler et al. (1980) y Falloon et al., (1985). Lo cuál ha llevado a la necesaria búsqueda de las terapias psicosociales como imprescindible complemento de las terapias farmacológicas.

Las intervenciones psicosociales en los trastornos esquizofrénicos.

Estas intervenciones psicosociales tienen un papel fundamental en la compensación y mantenimiento de personas vulnerables a episodios de esquizofrenia. Las terapias ocupacionales y laborales, la participación en clubes sociales, el entrenamiento en habilidades sociales, la psicoeducación, el entrena-

miento de la familia y el incremento de las competencias del sujeto afectado para afrontar las dificultades cotidianas, han sido identificados en una serie de estudios, como factores capaces de reducir los deterioros del funcionamiento social y la frecuencia de las recaídas (Lieberman, 1986).

Vamos a seguir la síntesis ofrecida por Fernández y Vázquez (1989) sobre principios generales de este tipo de intervenciones psicosociales (Ciompi, 1987).

1. Simplificación del ambiente terapéutico. La persona vulnerable a esquizofrenia requiere un ambiente terapéutico relajado, confiado, claro y nunca sobreestimulante. El personal debe ser entrenado en ofertar un trato asegurador y orientador del usuario. Los progresos del proceso terapéutico y rehabilitador deben seguir una cuidadosa progresión. Debe favorecer la autoestima y la confianza del usuario.
2. Continuidad en el personal y en la conceptualización de la enfermedad. Los actuales servicios de salud mental ofertan una compleja red asistencial donde a los equipos multidisciplinares se suman diversidad de dispositivos asistenciales: centros de salud mental, unidades de hospitalización, centros y hospitales de día, talleres ocupacionales y otros. Esto hace necesario un esfuerzo adicional para ayudar al usuario a tener una persona de referencia y una orientación clara y uniforme acerca de lo que le ocurre. Pensamos que la figura del psiquiatra sea el eje organizador de las prescripciones que el caso requiera: farmacoterapia, psicoeducación, rehabilitación, psicoterapia. Junto al psiquiatra se está demostrando útil la figura del tutor o case management (Fernández Liria y García, 1990; Kanter, 1989; Shepherd, 1991) que acompaña y orienta al usuario y a su familia, durante su tratamiento y además le ofrece ayuda e información sobre los recursos que se le ofertan. Quizás un momento de especial cuidado sea el inevitable traspaso del caso a otro profesional, pensamos que se debería cuidar especialmente la coherencia de los enfoques.
3. Comunicación clara y congruente tanto afectiva como cognitivamente
Tanto los sujetos diagnosticados de esquizofrenia como sus familiares tienden a utilizar formas de comunicación complicadas, confusas y contradictorias, afectiva y cognitivamente (Batenson

et al. 1956). Es necesaria la coherencia del personal, cuestión a veces complicada dentro de una red asistencial extensa, donde el usuario recibe diferentes asistencias en sitios diferentes y por personal diferente.

4. Información sobre la esquizofrenia

Las familias, los usuarios afectados y todas aquellas personas relacionadas con el programa terapéutico deberían disponer de una información suficiente, clara y objetiva acerca de la naturaleza de la enfermedad, su tratamiento, su pronóstico, los cambios y recaídas y sobre las metas del programa. Existe considerable información acerca de las ventajas de éste enfoque (Anderson et al. 1986, 1989; Berkowitz et al., 1984; Creer y Wing, 1988; Goldstein, 1987; Falloon et al. 1984; Hogarty et al. 1973 y 1974, Posner y otros, 1992). Aunque algunos han señalado sus limitaciones (Sanz, 1994).

5. Compartir expectativas positivas y realistas

Las expectativas que tengan sobre el tratamiento, tanto el afectado como la familia y el terapeuta, es un factor que mediatiza el éxito en el control de la enfermedad (Ciompi et al. 1979 y 1987; Dauwalder et al. 1984). El conocimiento de los prodromos, de la sintomatología, la prevención ante los acontecimientos vitales y estresantes, el conocimiento de los factores de riesgo en el curso de la enfermedad se han demostrado como factores protectores de las recaídas, fundamentales para alcanzar una integración más efectiva y rápida del sujeto en su medio socio-familiar y laboral.

6. Elaboración de una jerarquía de metas terapéuticas claras, concretas, específicas y decididas conjuntamente con la familia, el usuario y el equipo asistencial.

Parece importante el trabajar con metas a corto plazo con objetivos que impliquen al usuario, a su familia y al equipo asistencial. Por ello es necesario que los objetivos sean debatidos y consensuados por todos los implicados. Anderson et al (1988) propone un programa terapéutico de avance gradual y con una cuidadosa programación donde es necesario contemplar la reducción temporal de las expectativas demasiado altas, proveer un ambiente terapéutico y familiar no excesivamente estimulante en donde los cambios del

programa y metas se introduzcan poco a poco y siempre sobre objetivos concretos y delimitados en los ámbitos familiares, sociales y laborales.

Modelo de Competencia.

La intervención en rehabilitación y reinserción social requiere un modelo metodológico que organice las tareas a desarrollar. El modelo de competencia se ha demostrado eficaz en el diseño de programas de salud comunitaria (Costa y López, 1986).

► Objetivos de la Rehabilitación Psiquiátrica:

“El objetivo de la rehabilitación psiquiátrica, debe ser, facilitar a la persona discapacitada el que haga el mejor uso de su capacidad residual en el mejor contexto social posible” (Bennett, 1973). Como es evidente éste objetivo genérico esta plagado de dificultades que conviene tener en cuenta. Entre estas podemos destacar :

- Las que provienen de las características de los pacientes usuarios de rehabilitación: pérdida acusada de intereses y motivaciones, deterioro en capacidades cognitivas, disfunciones en hábitos de la vida diaria, falta de recursos y apoyos.

- Las que provienen del entorno social natural del paciente. El estigma de la enfermedad mental es aún una entidad que margina y resta soporte interpersonal y afectivo. Ante ello la atención al grupo familiar del paciente y especialmente la creación de redes de apoyo social voluntarias y profesionales pueden ser la respuesta adecuada.

- La desmotivación de los profesionales ante estos pacientes “crónicos” poco atractivos para el psicoterapeuta. Los sistemas de tutoría del paciente dentro del servicio de rehabilitación pueden garantizar una óptima atención al paciente desde los servicios asistenciales de segundo nivel.

Estas y otras dificultades entrañan que la promoción de servicios de atención y rehabilitación de crónicos requiera el concurso tanto de servicios propios de salud mental como el de servicios sociales, con apoyo de voluntariado y un enfoque multidisciplinar que haga posible la consecución de objetivos específicos diversos.

Objetivos tales cómo :

- a. Resocializar, en el sentido de dotar a la persona de experiencias significativas de reaprendizaje de habilidades, que le permitan el desempeño del mayor número de roles sociales valiosos posibles.
- b. Entrenar capacidades instrumentales. Que son diversas y que van desde actividades de la vida diaria : autocuidado, cocinar, usar medios de transporte, a otras ocupacionales, de interacción social, laborales, etc.
- c. Desarrollar programas de educación para la salud. De acuerdo a la condición de vulnerabilidad a presentar episodios psicóticos, ayudar al paciente a adoptar un estilo de vida que potencie factores de protección (por ej. el mantenimiento de su medicación neuroleptica) y atenúe factores de riesgo (consumo de drogas y alcohol, tensión emocional, etc.).
- d. Habilitar soportes sociales y afectivos. Por ejemplo a través de la educación de la familia para la convivencia o el uso de voluntarios para estimular la reinserción social.
- e. Proporcionar alternativas residenciales, prestaciones económicas y sanitarias, empleo y ocupación, etc.

► Fases de la Rehabilitación Psiquiátrica

La Rehabilitación psiquiátrica consiste en tres fases distintas pero relacionadas : evaluación, entrenamiento y supervisión (Shepherd, 1985). La evaluación del caso nos permitirá definir sus necesidades reales, el grado de su deterioro, la pérdida de capacidades funcionales, sus capacidades residuales, la expresión de sus minusvalías y sus carencias para la reinserción. El entrenamiento o tratamiento rehabilitador será la fase de instauración de recursos ambientales y comportamentales donde la atenuación de las discapacidades da paso a la fase de supervisión o de gestión cuya intención es mantener a la persona en su más alto nivel de autonomía y desempeño social posible. Es esta fase de supervisión la que mejor distingue el proceso rehabilitador de los modelos sanitarios tradicionales de diagnóstico, tratamiento y cura. Y vin-

cula definitivamente a la rehabilitación con los cuidados de enfermería comunitaria y la prestación de servicios sociales.

Fase de Evaluación

Dada la heterogeneidad de los casos, puesto que tal como se señaló más arriba aquí no interesan las etiquetas diagnósticas sino más bien la compleja red de factores biopsicosociales y la historia personal del sujeto y la superioridad de los planes individualizados (Watts y Bennett, 1982) la evaluación es una tarea ardua y continuada. El método más fiable parece ser la observación de los desempeños del sujeto ante diferentes medios y exigencias de la vida cotidiana. Esto requiere que el medio rehabilitador facilite la observación del desempeño del sujeto y la valoración de su medio real de vida.

Otro elemento a considerar es el estudio detallado de la historia del sujeto (no sólo de sus antecedentes clínicos) "existe con frecuencia una sorprendente continuidad en el historial de la conducta funcional y si se conoce con detalle el desempeño de una persona en el pasado en una situación concreta, puede servir muy bien como guía para saber como funcionará en semejantes circunstancias en el futuro" (Shepherd, 1985). Esto queda muy bien expuesto en los estudios sobre pronóstico y resultados en la esquizofrenia (Strauss y Carpenter, 1977; Strauss et al., 1977). Que aportaron evidencia del valor del funcionamiento anterior del paciente para predecir el resultado de la rehabilitación en una serie de áreas : trabajo, relaciones interpersonales, familia. Es interesante destacar que en esos estudios se señala como dentro de cada área había una gran continuidad con la historia previa, pero que sin embargo, las predicciones de un área a otra resultaban escasamente válidas.

El problema de que es lo que hay que evaluar en el paciente y su medio en rehabilitación es un problema de validez de contenido. Lo que nos exige una teoría válida de lo que es necesario para calificar un desempeño como deseable y exitoso. Por ejemplo, Wats (1978) estudiando el problema de la rehabilitación de crónicos en el área del trabajo señala que no es la calidad del trabajo realizado, ni el cumplimiento de las rutinas laborales, lo que correlaciona con el éxito de pacientes esquizofrénicos en adaptarse y mantener un trabajo en la comunidad, sino que es la capacidad para relacionarse con compañeros de traba-

o y supervisores y la adecuada participación en los tiempos libres en el contexto laboral. Otro ejemplo pueden ser los hallazgos de Shepherd (1982, 1985) en el área de las relaciones interpersonales que demuestran que el éxito en habilidades sociales "micro" (contacto visual, volumen de voz, etc.) tienen una débil correlación con el desempeño exitoso de aspectos más amplios de la conducta social (desempeño de roles, iniciar y mantener una conversación en diferentes contextos) contradiciendo, quizás, programas tan exhaustivos de entrenamiento de esos aspectos "micro" como los que proponen Trower y col. (1978).

Los ejemplos de imprecisión acerca de lo que hay que evaluar se multiplican a la hora de considerar diversos roles sociales y más en la consideración de las redes sociales y materiales que puede requerir un paciente mental crónico concreto.

Una guía que diversos autores señalan (entre otros Shepherd, 1985) es considerar la tenencia o falta de habilidades en virtud de una interacción concreta. Así los desempeños de un paciente hay que valorarlos en relación a las situaciones particulares que vive ese sujeto. Junto al desempeño hay que valorar las expectativas que el medio posee sobre ese desempeño. Es decir hay que valorar siempre al paciente en relación a la expectativa que su medio familiar, ocupacional, etc. tienen sobre él y esto configura el caso único.

Hay muchos ejemplos sobre lo acertado de éste enfoque. Quizás el más llamativo es cuando se intenta aumentar la autonomía de un paciente sin valorar adecuadamente la expectativa familiar que hay sobre él, no es extraño darse cuenta que a veces la propia familia no desea más autonomía (por ejemplo en el uso del tiempo libre fuera de casa o en la participación en tareas de cooperación en casa). Lo que puede dificultar enormemente el progreso del paciente y la adecuada planificación de su tratamiento rehabilitador. Hay veces que la intervención debe comenzar por la modificación de las expectativas del medio.

Por ello al realizar la evaluación en rehabilitación no basta una simple lista de chequeo de habilidades al estilo de una escala. Puesto que estas nunca serán prescriptivas sino sólo descriptivas y siempre que incluyan el contexto del desempeño.

Hay además otro problema psicológico que en la evaluación de casos en rehabilitación, debe ser especialmente recogido y que en síndromes esquizofrénicos y depresivos cobra singular importancia. Es la motivación que a distintos niveles resulta deteriorada

en estos sujetos. Se ha postulado, clínicamente, que su deterioro puede ser resultado directo del proceso primario de la enfermedad mental (sería el caso de la sintomatología negativa de la esquizofrenia).

También se considera que la motivación del crónico puede deteriorarse como un resultado secundario del proceso de psiquiatrización: sentimientos de fracaso personal, pérdida de autoimagen y autoestima, tendencia al negativismo, temor a perder apoyos o al cambio. Y también hay que considerar el papel que juegan las expectativas de los demás sobre el comportamiento del crónico. Existen estudios clásicos (por ej. Freeman y Simpson, 1963) que señalan con claridad como las bajas expectativas de familiares, amigos e incluso del personal asistencial contribuyen a un pobre rendimiento en el crónico.

En el proceso de evaluación del caso tan importante es describir sus discapacidades y minusvalías como sus habilidades, aptitudes y recursos. Incluso creo que se puede afirmar que mientras mayor deterioro presenta el caso más necesario es identificar habilidades residuales. Estas constituyen en muchos casos un punto de arranque para el inicio del proceso rehabilitador. A veces las claves nos las dará el estudio del nivel premorbidito alcanzado por el sujeto. Todo aquello que el sujeto alguna vez fue capaz de realizar nos ofrece sugerencias acerca de cómo motivarlo y por que tipo de objetivos podemos comenzar.

En el campo de la rehabilitación psiquiátrica se han ido desarrollando diversos instrumentos que ayudan a la evaluación del caso y su medio. Aquí sólo cabe señalar algunos: la Escala REHAB de Hall y Baker (1983), traducida y adaptada al uso en España por Jiménez, Vázquez y Waissman (1994), útil con pacientes de larga y media estancia. La Social Behaviour Assessment Schedule de Platt y otros (1983) de la cuál ya existe una versión adaptada a España (Otero y Rebolledo, 1990) que recoge aspectos como conducta, desempeño de roles sociales, efectos adversos de la convivencia sobre la familia, apoyos que posee la familia. La Escala de Ajuste Social de Weissman, 1975. Escalas de evaluación de la calidad de vida del paciente crónico en la comunidad (Bigelow, 1982; Lehman, 1982, 1983). También instrumentos breves para el seguimiento del proceso de rehabilitación como la Escala MRSS (la Morningside Rehabilitation Status Scale de Affleck y McGuire, 1984), traducida y adaptada para el uso en España por Rebolledo et al. (1993).

No existe por tanto un procedimiento único o estandarizado de evaluar, al estilo de los procedimientos de diagnóstico. Pero sí hay evidencias que apoyan un modelo de evaluación basado en la observación de desempeños del sujeto en su ambiente natural. Esto obligará a cada equipo de rehabilitación a desarrollar una estrategia que recoja aspectos significativos a observar, evaluar e intervenir.

Fase de Entrenamiento o tratamiento rehabilitador

En éste apartado sólo realizaremos consideraciones genéricas puesto que más adelante se ofrecen descripciones detalladas de las actividades a desarrollar en centros de salud mental, dispositivos específicos de rehabilitación, unidades de estancia media y de larga estancia.

Antes de entrar en materia es bueno señalar que en la rehabilitación de psicóticos es necesario asumir como prerequisite una adecuada prescripción psicofarmacológica y una razonable compensación de sintomatología aguda positiva. Aunque es indudable que este último aspecto no es imprescindible si el paciente es abordable y es aconsejable una intervención precoz. Ante la reactivación de la sintomatología siempre deberá primar las intervenciones del médico psiquiatra en busca de la compensación que permita al paciente beneficiarse de las actividades de rehabilitación.

Aunque sin duda la sola terapia neuroleptica es insuficiente (Imlach, 1983), en los psicóticos tiene un importante papel de factor protector ante el estrés ambiental (Vaughan y Leff, 1976; Leff, 1982).

Los entrenamientos en rehabilitación psiquiátrica se basan en principios de la psicología del aprendizaje, en los hallazgos de la neuropsicología y en la pedagogía terapéutica. En éste apartado sólo se esbozaran algunas ideas genéricas. En primer término señalar la importancia de que los objetivos a conseguir en el entrenamiento deben ser conocidos y consensuados por el paciente y sus familiares. Es muy importante que éste se oriente en relación a las metas de su proceso de rehabilitación.

Los objetivos de un plan individualizado se deben lograr siempre mediante aproximaciones sucesivas y ante casos graves utilizar programas de aprendizaje sin error. Para muchos pacientes es necesaria la utilización del aprendizaje por observación de mode-

los. Estos modelos deben ser lo más cercanos al paciente, individuos con los que el paciente pueda identificarse, en términos socioculturales, con facilidad. Una vez realizados los ensayos de aprendizaje deben proporcionarse oportunidades concretas para su realización, especialmente en condiciones de normalidad y de práctica intensiva, asegurando las contingencias reforzantes y un feedback sobre el desempeño observado. Sólo la práctica repetida en el ambiente natural asegurará la generalización de los logros del entrenamiento rehabilitador.

Sin embargo, hay que considerar que en las personas que padecen esquizofrenia, no es extraño observar efectos paradójicos y así hay pacientes que no sólo no aprenden ni progresan sino que incluso empeoran en términos clínicos, cuando son sometidos a programas de estimulación (Hemsley, 1978). Y esto parece debido a una especial vulnerabilidad de estos sujetos a la sobrestimulación. Es significativo que muchas veces esto sucede cuando se insiste en incorporar a estos pacientes en experiencias de grupo con características de "inundación social" (Cordero, 1975). Ante situaciones de éste tipo el equipo de rehabilitación debe adecuar el programa al paciente, así la consigna es que si un paciente no progresa o empeora lo primero a revisar es la adecuación de su programa. La necesidad de escalar aún más las exigencias.

Otra dificultad a considerar es la generalización del beneficio del entrenamiento al medio natural del sujeto. Es un problema imprescindible de considerar detalladamente en todos los planes individualizados. La inclusión de personas del entorno natural donde debe desempeñarse el paciente, la práctica en el propio medio, el sobreaprendizaje, procedimientos específicos de control de estímulos, el uso de tareas "para la casa" entre otros procedimientos se han sugerido para facilitar la generalización.

Finalmente, quisiera llamar la atención sobre ciertos factores "inespecíficos" del entrenamiento en habilidades, en pacientes crónicos, que parecen tener su importancia. Estos pacientes normalmente no despiertan grandes simpatías y es necesario que el personal que los trata tenga oportunidad de discutir sus propias actitudes y sentimientos hacia estos pacientes. Variables como empatía, entusiasmo, sinceridad con el paciente son importantes en la atención del caso. Las investigaciones de Otto y Oxford, (1978) en pisos protegidos para crónicos señalan que el personal más

efectivo es aquel que puede combinar firmeza y claridad con un alto grado de entusiasmo y comprensión del crónico.

Fase de Supervisión

Los problemas a enfrentar en ésta fase de la rehabilitación se refieren a las tareas de reinserción social, a la gestión y supervisión de recursos ambientales de apoyo continuado que hagan posible el mantenimiento del paciente en su más alto nivel de normalización posible. Estos apoyos son diversos :

a. A nivel individual :

Ekadawi (1981) analiza el rol de consejo y apoyo en la rehabilitación y apunta que el rol de consejero es sobre todo dar al crónico, en ésta fase de supervisión, información relevante para su condición. Por ej. destacándole siempre la importancia de mantener la medicación neuroleptica y atendiendo a los síntomas secundarios de ésta o a los signos de abandono que presente el paciente, buscando mantener su adherencia al tratamiento, asegurando el contacto habitual del paciente con su psiquiatra. Ayudar al paciente a mantener unas actividades estructuradas y programadas en el tiempo implicando la rutina de vida del paciente, ayudándole a prevenir el impacto de determinados acontecimientos vitales. Otros autores han destacado a dimensión educativa que debe adquirir esta supervisión (Shepherd, 1985).

Esta figura de consejero esta recogida por el tutor del caso en rehabilitación. Tareas que pueden ser desempeñadas por Diplomados Universitarios de Enfermería (D.U.E.) comunitarios cuando priman cuidados más sanitarios y por Trabajadores Sociales cuando priman las tareas de reinserción.

b. A nivel de ambientes :

La organización de ambientes protésicos para crónicos es un tema ampliamente debatido. Por ejemplo los trabajos que se han centrado en la relación existente entre la calidad de la supervisión y organización de ambientes para pacientes crónicos y el nivel / calidad de la interacción entre el personal y los pacientes (King y col. 1971).

De tal manera que se ha observado que el personal en supervisiones prolongadas en el tiempo tiende a

caer en un contacto rutinario y superficial, empobrecido por la falta de demanda del propio paciente crónico. Por ello es necesario organizar la supervisión según un plan individualizado para cada paciente con un programa que asegure un contacto estructurado, centrado en aspectos significativos de la vida del paciente y que posea indicadores de efectividad (Halla, 1977).

Otros autores (Mendel, 1979; Allen y Mendel, 1982; Watts y Bennett, 1983) analizan el mantenimiento de la motivación y el interés del personal supervisor. De sus trabajos se puede concluir que las prestaciones más eficaces del personal se relacionan con un trabajo en equipo, con cambios y rotaciones en los tipos de trabajo del personal y con la discusión continuada de innovaciones.

c. Supervisión a nivel de Familias :

Constituye un aspecto básico de la intervención en rehabilitación. La meta básica en la supervisión de familias con un miembro enfermo mental crónico es la de ayudarles a alcanzar estilos de vida viables con los proyectos de vida de cada miembro de la familia y las dificultades del paciente. Las técnicas están orientadas a aumentar su comprensión de los factores de riesgo y protección en la enfermedad mental, a desarrollar mejores habilidades de comunicación y de solución de problemas. Los principios que se asumen en éste trabajo son desculpabilizadores de la familia y están orientados a comprender las situaciones concretas y afrontar las dificultades del día a día.

Se han identificado una serie de áreas específicas de supervisión de familias de crónicos (Cree y col. 1982; Gibbons, 1984). Por ejemplo asistencia y consejo en temas como cuidado de los hijos en madres o padres psicóticos o el afrontamiento por parte de la familia de síntomas y conductas específicas.

También es necesario hacer a las familias partícipes en la toma de decisiones junto con el paciente, en la confección de los planes individualizados. Y un capítulo particularmente importante es el apoyo emocional que requieren los familiares puesto que el estar en contacto estrecho con alguien que tiene problemas crónicos suele provocar reacciones depresivas, ansiosas, de culpabilidad, de agotamiento. Y la habilidad de la familia para vencer estos problemas depende en gran medida de los apoyos emocionales que tengan (Creer y Wing, 1988; Hatfield, 1990; Kuipers y Bebbington, 1990; Shepherd, 1985).

d. El papel de los Voluntarios :

No existe mucha información contrastada sobre el papel de los voluntarios en los trabajos de supervisión de pacientes mentales crónicos. Inglaterra es un país con una tradición en la movilización del voluntariado. MIND es una poderosa organización cívica de apoyo al psiquiatrizado que utiliza personal voluntario para fomentar en los pacientes crónicos una utilización normalizada de su tiempo libre o para mantener su iniciativa en el autocuidado, la higiene personal, la compra de ropa, etc. MIND considera que voluntarios puede ser cualquier persona que se articule de modo natural en el medio del paciente. Estos voluntarios pueden llegar incluso a suplir a la familia, pueden ser entrenados para detectar en forma precoz dificultades de los pacientes (por ej. pródromos). Los voluntarios pueden ayudar al paciente a buscar trabajo, alojamiento, mercado si el paciente produce algo vendible, procurarle ayuda material o guía para realizar determinadas gestiones, etc.

Lógicamente el voluntariado no está exento de problemas. Algunos voluntarios pueden ser expacientes, otros buscan prestigio o desean acceder a un trabajo remunerado en la red asistencial, etc. Estos problemas hay que abordarlos desde la supervisión que realicen los servicios de salud mental sobre el voluntariado.

En nuestro medio son las Asociaciones de Familias las que pueden llegar a constituir una fuente de voluntariado.

e. Coordinación de los Servicios de Rehabilitación y la Red de Servicios de Salud Mental y de Servicios Sociales:

Los servicios de rehabilitación deben funcionar entre la "puerta de atrás" de las Unidades de Hospitalización Breve y la "puerta de entrada" a las Residencias Asistidas para enfermos mentales (Unidades de Larga Estancia) (Bennett, 1983). Diversos autores propugnan que es más eficaz la intervención temprana (Goldberg, 1985) y ello obliga a una estrecha coordinación con los servicios de salud mental. Pero también la participación de los servicios sociales es imprescindible, en las tareas de reinserción social y en la intervención precoz.

Así un paciente que comienza a desarrollar una psicosis debería ser objeto de cuidados intensivos por

el Centro de Salud Mental de su distrito quien a través de un programa de seguimiento del caso debe lograr que este pueda optar a prestaciones de Servicios Sociales que contribuyan a la normalización de su estilo de vida. Cuando este conjunto de atenciones se comienza a mostrar insuficiente actuarían los servicios específicos de rehabilitación (por ejemplo el Centro de Rehabilitación Psicosocial). Pero es imprescindible que estas intervenciones de tercer nivel nunca se den separadas de una estrategia asistencial que incluye la acción vertebradora del Centro de Salud Mental y la oferta de los Servicios Sociales en la reinserción social.

La coordinación entre las distintas instancias marcará la calidad de la atención ofertada al paciente mental crónico y su medio.

► Bibliografía

Albee, G.W. : A competency model to replace the defect model. En Gibbs, M.S., Lachenmayer, J.R. y Sigal, J. (eds.). Community Psychology. New York, Gardner. 1980.

Alpert, M. : Controversies in schizophrenia. Guilford Press, New York, 1985.

Allen, C. y Mendel, W. : Chronic illness and staff burnout. Revised expectations for change in the supportive care model. Int. J. Part. Hosp., 1, 191-201. 1982.

Anderson, C.; Reiss, D.; Hogarty, G. : Esquizofrenia y Familia. Guía práctica de psicoeducación. Amorrortu, 1989.

Anderson, C. et al. : Expressed emotion and social networks of parents of schizophrenics. Brit. J. of Psy. 144, 247-255, 1984.

Bachrach, L. : Young adult chronic patients, a review. Hosp. & Community Psy., 33, 3, 189-197, 1982.

Barter, J. et al. : A psychoeducational approach to educating chronic mental patients for community living. Hosp. & Community Ps., 35, 8, 793-800, 1984.

Bennett, D. et al. : Towards a family approach in a psychiatric day hospital. Br. J. of Psychiat., 129, 73-81, 1976.

Berkowitz, R. et al. : Therapeutic intervention with schizophrenic patients and their families. J. of

- Family Therapy, 6, 211-233, 1.984.
- Biddle, B. : Recent development in role theory. Ann. Rev. Social, 12, 67-92, 1.986.
- Biestek, F. : Las relaciones de casework. Aguilar, 1.966.
- Bigelow et al. : The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. En Tash, W. y Stahler, G. (eds.) : Innovative approaches to mental Health evaluation. N.Y., Academic Press, 1982.
- Breier, A. and Strauss, J. : Self-control in psychotic disorders. Arch. Gen. Psy. 40, 1141-1145, 1.983.
- Brown, G y Birley, J. : Crises and life changes and the onset of schizophrenia. J. of Health Soc. Behav., 9, 203- 214, 1968.
- Brown, G. et al. : Influence of family life on the course of d schizophrenic disorders. Brit. J. of Psy., 121, 241- 258, 1.972
- Brown, H. y Smith, H. : Normalisation. Routledge, London, 1992.
- Carpenter, W. y Heinrichs, D. : Early intervention, time- limited, targeted pharmacotherapy of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 9, 533-542, 1983.
- Carnegie, D. : Cómo ganar amigos. Sudamericana, 1.966.
- Casado, D. : Introducción a los Servicios Sociales. Acebo, 1.987.
- Caton, C. : Housing alternatives. En Management of chronic schizophrenia. Oxford University Press, 1.984.
- Ciampi, L. : Toward a coherent multidimensional understanding and therapy of schizophrenia. Covering news concepts. En Strauss, J., Boker, W. y Brenner, H. (eds.) : Psychosocial treatment of schizophrenia. Toronto, Hans Huber Publishers, 1987.
- Costa, M. y Lopez, E. : La psicología comunitaria : un nuevo paradigma. Papeles del Colegio, 2, 17-22, 1982.
- Costa, M. y Lopez, E. : Salud Comunitaria. Martinez Roca, 1986.
- Craig, T. et al. : The dynamics of hospitalization in a defined population during deinstitutionalization. American J. of Psy., 141, 6, 782-785, 1.984.
- Creeer, C. et al. : The role of the relatives. En Wing (ed.) : Long term community care. Psychological Medicine, monograph supplement, 2, 1982.
- Cromwell, R.L. Strategies for studying schizophrenic behavior. Psychopharmacologia. 24,121-146, 1972.
- Davis, J. : Overview : maintenance therapy in psychiatry. I Schizophrenia. American J. of Psychiatry, 132, 1237-1245, 1975.
- Davis, M. y otros : Técnicas de autocontrol emocional. Martinez Roca, 1.985.
- Desviat, M. Los programas de los servicios de salud mental de Leganés. Psiquiatría publica 1,13-22. 1987
- Ekdawi, M. : Counselling in rehabilitation. En Wing, J. y Morris, B (eds.) : Handbook of Psychiatric Rehabilitation Practice. Oxford University Press, 1981.
- Espinoza, J. : Cronicidad en Psiquiatría. AEN, 1.986.
- Falloon, I. et al. : Family care of schizophrenia. Guilford Press, 1.985.
- Falloon, I. and Marshall, G. : Residential care and social behaviour, a study of rehabilitation needs. Psychological Medicine, 13, 341-347, 1.983.
- Faulkner, L. et al. : Productive activities for chronic patient. Community Mental Health J., 20.2, 109-122, 1.984.
- Fernandez-Ballesteros, R. : El ambiente. Análisis psicológico. Piramide, 1.987.
- Fernandez, M. y otros : La enseñanza por el entorno ambiental. Ministerio de Educación y Ciencia, 1.981.
- Fernandez Liria, A. y García, M.J.: Los programas de case management. Conceptos básicos y aplicabilidad. Rev. de la Asoc. Española de Neuropsiq., 32, 65-75, 1990.
- Fernandez, E. y Vazquez, C. : Tratamientos psicológicos y psicosociales en la esquizofrenia. Monografías de Psiquiatría, 140-146, 1989.
- Garety, P. y Morris, I. : A new unit for long stay psychiatric patients : organisation, attitudes and quality of care. Psychol. Medicine, 14, 183-192, 1984.
- Gibbons, J. et al. : Schizophrenic patients and their families : a survey in psychiatric service based on a DGH unit. Br. J. of Psychiat., 144, 70-77, 1984.
- Gloag, D. : Psychiatric Rehabilitation. Br. J. Medical, 290, 1985.
- Goldman, C. and Quinn, F. : Effects of a patient education program in the treatment of schizophrenia. Hosp. & Community Psy. 39, 3, 282-286, 1.988.
- Goldstein, J. y Caton, C. : The effects of the community environment on chronic psychiatric

patients. Psychol Med., 13, 193-199, 1983.

Greenberg, L. et al. : An interdisciplinary psychoeducation program for schizophrenic patients and their families. Hosp. & Community Psy., 39, 3, 277-282, 1988.

Gutierrez, M., Ezcurra, J. Y Pichot, P.: Esquizofrenia. Entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico. Ediciones en neurociencias. 1995.

Hall, J. : The content of ward rating scales for long stay patients. Br. J. of Psychiat., 130, 287-293, 1977.

Hall, J. : Ward rating scales for long stay patients : a review. Psychol. Med., 10, 277-288, 1980.

Herz, M., Szymanski y Simon, J.: Intermittent medication for stable schizophrenia outpatients: an alternative to maintenance medication. American J. of Psychiatry, 139-918, 1982.

Hirsch, S.: Clinical treatment of schizophrenia. En Bradley, J. y Hirsch, S. (eds): The psychopharmacology and treatment of schizophrenia. Oxford University Press, 1986.

Hogarty, G., Schooler, N., Ulrich, R., Mussare, F., Herron, E. y Ferro, P.: Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenic patients: relapse analyses of a two year controlled study of fluphenazine decanoate and fluphenazine hydrochloride. Arch. of Gen. Psychiatry, 36, 1283-1294, 1979.

Hostie, R. : Técnicas de dinámica de grupo. ICCE, 1977.

Hughes, P. y Mullins, L. : Psychiatric care. An occupational therapy guide to exercises in daily living skills. SLACK, USA, 1981.

INSERSO Rehabilitación internacional. Carta para los años 80. Madrid 1982.

Intagliata, J. and Baker, F. : Factors affecting case management services for the chronically mentally ill. Administration in Mental Health, 11, 2, 75-91, 1983.

Jackson, M. : Programas de entrenamiento en habilidades de autocuidado. Revista Siglo Cero, 56, 52-53, 1978.

Jo, W. y Taylor, M. : Como desarrollar las aptitudes psico-linguísticas. Martinez Roca, 1984.

Kane, J., Woerner, M., Weinfeld, P., Wegner, J. y Kinon, B.: A prospective study of tardive dyskinesia development: preliminary results. J. of Clinical Psychopharmacology, 2, 345-349, 1982.

Kelly, J. : Entrenamiento de las habilidades sociales. DDB, 1987.

King, R. et al. : Patterns of residential care. London Routledge and Kegan Paul, 1971.

Kruzich, J. and Kruzich, S. : Milieu factors influencing patient's integration into community residential facilities. Hosp. & Community Psy. 36, 4, 378-382, 1985.

Leff, J. and Vaughn, C. : Expressed emotion in families : its significance for mental illness. Guilford Press, 1985.

Lehman, A. : The well-being of chronic mental patients. Archives Gen. Psy., 40, 369-373, 1983.

Liberman, R. et al. : Personal effectiveness. Research Press, 1975.

Liberman, R. Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients. American psychiatric press. 1988

Lovett, A. : A house for all reasons : the role of housing in community care. En Reed, J. and Lomas, G. (eds.). Psychiatric Services in the Community. Crom Helm, London, 1984.

McKay, M. y otros : Técnicas cognitivas para el tratamiento del stress. Martinez Roca, 1985.

Mecheibaum, D. : Manual de inoculación del stress. Martinez Roca. 1987.

Moccio, F. : El taller de las terapias expresivas. Paidós, 1980.

Neufeld, R. : Psicopatología y stress. Toray, 1984.

Otero, V. y Rebolledo, S.: Escala de desempeño psicosocial. Adaptación española del SBAS. Psiquis, XI, 39-47, 1990.

Otero, V. y Rebolledo, S.: Evaluación de un programa de rehabilitación psiquiátrica. Psiquis, 13, 3, 135-142, 1992.

Otto, J. and Moos, R. : Evaluating descriptions of psychiatric treatment programs. Amer. J. Orthopsy., 43, 3, 401-409, 1973.

Platt, S. et al. : The social behaviour assessment schedule (SBAS) : rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule. Soc. Psychiat., 15, 43-55, 1980.

Presly, A. et al. : Predictors of successful rehabilitation in long-stay patients. Acta Psy. Scand., 66, 83-88, 1982.

Proshansky, H., Ittelson, W., Rivlin, L. : Psicología ambiental. Trillas, 1978.

Rebolledo, S. y López de Heredia, N.: Psicoeducación de pacientes esquizofrénicos y sus familias. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 17, 92-100, 1990.

Rebolledo, S. y Pastor, A.: Programas y recursos de los dispositivos de rehabilitación psiquiátrica. *Psiquiatría Pública*, 3, 4, 204-214, 1991.

Rebolledo, S.: El programa de rehabilitación en los servicios de salud mental. *Siso Saude*, monográfico Nº 5, 1993.

Rebolledo, S. y Lobato, M.J.: Como afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares y afectados. Colección *Salud Mental*, Xunta de Galicia, 1995.

Rebolledo, S. y Lobato, M.J.: Psicoeducación para personas vulnerables a la esquizofrenia. En Caballo, V.: Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1. Siglo XXI, 1997.

Ruiz Vargas, J.: Esquizofrenia, un enfoque cognitivo. Alianza, 1987.

San Martín, H. y Pastor, V.: Salud Comunitaria. Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1984.

Scheff, T.: El rol de enfermo mental. *Amorrotu*, 1973.

Schooler, N.: Treatment of schizophrenia maintenance strategies and pharmacologic tactics. En Alpert, M. (ed.): *Controversies in schizophrenia*. Guildford Press, 1985.

Schultz, J. and Dark, S.: *Enfermería Psiquiátrica*. Planes de cuidado. Interamericana, 1984.

Segura, M. y otros : Análisis y modificación del comportamiento social. Colección apuntes del Centro Luria, 1985.

Servicio Internacional de Información sobre Subnormales : El subnormal en la tercera edad. 1982.

Servicio Internacional de Información sobre subnormales: Vivienda y convivencia del subnormal. 1984.

Sheets, J. et al. : Young adult chronic patients. *Hosp. & Community Psy.*, 33, 3, 197-203, 1982.

Shepherd, G. : Institutional care and rehabilitation. Longman, 1984.

Shepherd, G. Rehabilitation psychiatry. En Bradley y Thompson, *Psychological application in psychiatry*. 1983

Smith, M : Cuando digo no me siento culpable. Grijalbo, 1977.

Strauss, J. y Carpenter : The prediction of outcome in schizophrenic. *Arch. Gen. of Psychiat.*, 31, 37-42, 1974.

Strauss, J y Carpenter, W. : Prediction of outcome in schizophrenia. *Arch. Gen. of Psychiat*, 34, 159-163, 1977.

Talbott, J. : The chronically mentally ill. Grune Straton, 1984.

Trower, P. et al. : Social skills and mental health. Methuen, 1978.

Vizcarro, C. y Arévalo, J. : Emoción expresada. *Estudios de Psicología*, 27, 87-109, 1987.

Watts, F and Bennett, D. : Theory and Practices of Psychiatric Rehabilitation. J. Wiley & Sons, 1983.

Wing, J. : Who becomes chronic?. *Psy. Quartely*, 50, 3, 178-190, 1978.

Wolfensberger, W. : The principle of normalization in human services. National Institute of Mental Retardation. Toronto. 1972.

Wolfensberger, W. y Glenn, L. : Programa de análisis de sistemas de servicios. Un método para la evaluación cuantitativa de los servicios sociales. Edición de SADMA. Vitoria, 1982.

Zubin, J and Spring, B. : Vulnerability. *J. of Abnormal Psychology*, 86, 2, 103-126, 1977

Zubin, J. et al. : The metamorphosis of schizophrenia from chronicity to vulnerability. *Psychological Medicine*, 13, 551-571, 1983.



Rehabilitation - A personal view

Geoff Shepherd

This is a story of self discovery. It is almost exactly twenty years since I began working in the field of psychiatric rehabilitation when I returned to the Maudsley to work with Douglas Bennett in 1975. I had little experience of people with long-term mental health problems and even less understanding of what rehabilitation was, nor how it differed from anything else in psychiatry. My head was full of 'behaviour therapy', 'modelling,'shaping', etc. and I was pretty unclear as to what a psychologist might have to offer someone with schizophrenia ('operant conditioning?'). For me, rehabilitation was about skills training and moving long-stay patients out of hospital. I had no idea that rehabilitation was a way of thinking about psychological problems, more a philosophy than a set of techniques, and that it would completely change my views about the place of psychological treatments in mental health services. All that was to come later.

I had trained at the Maudsley in the early seventies and, at that time, nearly all the enthusiasm and interest within clinical psychology was in the new, and apparently rather effective, behavioural techniques which had been developed for fear reduction, obsessive compulsive disorders, skills deficits, etc. We hadn't heard of 'cognitive' therapy in those days, so all we could do was talk to the patients and explain any

improvement with reference to the principles of 'habituation' or 'cue controlled' learning. Nevertheless, I was very excited about being a clinical psychologist and set to work to learn my 'trade' with great enthusiasm. I realised quickly that I first needed to find out what 'real' patients were like, as at the Maudsley we had never had any opportunity to see much of them! You always had to fight your way past three doctors, a couple of nurses and a social worker, just to catch a glimpse of one and it was therefore very exciting to see people on my own. I even began to talk about 'my patients', a phrase which seems to me now to be untrue and offensive in about equal proportions. In my naivety I'm sure I made many mistakes, but I also learned a lot, and I felt that I was doing an important and worthwhile job (I still do). In some cases I even appeared to have managed to be helpful - at least if what the people who I was trying to help could be believed.

However, after a couple of years, I began to develop a suspicion that something was wrong. The problem was that not all the patients were getting better. What's more, the ones that did get better kept on getting 'ill' again when they lost their jobs, or their relationships foundered, or they got stuck in traffic for just a bit longer than they could bear. Of course, I was confident that these would be only temporary relapses (I'd read all the outcome trials so I knew exactly what

was meant to happen) but, nevertheless, this created in me an acute state of 'cognitive dissonance'. Either I wasn't doing the treatment right (which I still have to admit is a possibility) or there were other things going on which were making more of a difference to these peoples' lives than my symptom focussed interventions. It was a serious dilemma. After much deliberation I decided that it was probably wasn't my fault (I'd also learned the benefits of externally attributing failure) and that therefore it must be to do with those factors which were clearly outside my control. In this way, I stumbled upon rehabilitation. Rehabilitation, I was later to learn, is precisely concerned with these 'other' factors in peoples' lives: housing, jobs, quality of social relationships, etc. which influence their adjustment in addition to whatever 'symptoms' they may be experiencing. Discovering rehabilitation was therefore for me a bit like discovering you've been speaking prose. You've actually been doing it for some time already, but until somebody else points it out, you are unaware. When I got back to the Maudsley, I was therefore prepared to try to learn again what it was that affects peoples' capacity to lead happy and fulfilling lives and the role that psychological treatments might play in that process.

One of the things I learned first from Douglas Bennett was the difference between *symptoms and functioning*. He was always very clear that they should be regarded as potentially independent entities and I found support for this view from a series of papers that had begun to emerge from the New York group of the WHO international pilot study on course and outcome of schizophrenia (e.g. Strauss, Klorman and Kokes, 1977). These showed the relative independence of symptoms and functioning in patterns of recovery. I was interested by this idea as it seemed to me to be analogous to the concept of 'desynchrony' that Rachman & Hodgson (1974) had recently popularised in relation to fear. It also seemed to me to have some important implications regarding the 'specificity' of treatment effects. It implied that you could produce changes in one aspect of a person's functioning without necessarily affecting any other. This meant that you could produce symptomatic improvement, while the person remained socially quite disabled (and *vice versa*) and this seemed very much consistent with my clinical experience. I therefore came to believe in the necessity of targeting interventions

on specific aspects of functioning and not assuming that symptom reduction will necessarily 'generalise' to improvements in other aspects of behaviour. Once I realised that one should be experiencing. Discovering rehabilitation was therefore for me a bit like discovering you've been speaking prose. You've actually been doing it for some time already, but until somebody else points it out, you are unaware. When I got back to the Maudsley, I was therefore prepared to try to learn again what it was that affects peoples' capacity to lead happy and fulfilling lives and the role that psychological treatments might play in that process.

One of the things I learned first from Douglas Bennett was the difference between *symptoms and functioning*. He was always very clear that they should be regarded as potentially independent entities and I found support for this view from a series of papers that had begun to emerge from the New York group of the WHO international pilot study on course and outcome of schizophrenia (e.g. Strauss, Klorman and Kokes, 1977). These showed the relative independence of symptoms and functioning in patterns of recovery. I was interested by this idea as it seemed to me to be analogous to the concept of 'desynchrony' that Rachman & Hodgson (1974) had recently popularised in relation to fear. It also seemed to me to have some important implications regarding the 'specificity' of treatment effects. It implied that you could produce changes in one aspect of a person's functioning without necessarily affecting any other. This meant that you could produce symptomatic improvement, while the person remained socially quite disabled (and *vice versa*) and this seemed very much consistent with my clinical experience. I therefore came to believe in the necessity of targeting interventions on specific aspects of functioning and not assuming that symptom reduction will necessarily 'generalise' to improvements in other aspects of behaviour. Once I realised that one should assume 'specificity' of treatment effects, rather than 'generality', I had achieved a perspective on symptom focussed 'treatments' (physical or psychological) which has stayed with me ever since. It is, I think, central to a 'rehabilitation approach'.

Douglas was also generally much more interested in what people could actually do, rather than what their symptoms were. I remember well seeing young doctors becoming more and more anxious when, after presenting a perfect Maudsley history, with a meticu-

lous description of the current mental state and phenomenology, Douglas would ask, 'Yes, Dr. Smith, but can you tell me if this person can do the shopping, handle money, write a letter, deal with his rent arrears, talk to the neighbours? (and so on).' Invariably, the hapless doctor would have to admit that they had no idea and Douglas would then turn to the new occupational therapy student (or social worker, or nurse) who had actually spent time with the patient in his/her home and could tell, from direct observation, exactly what kind of practical help the person might need to survive. This emphasis on working with 'criterion behaviour' slowly led me to change completely my views on how one should use techniques like social skills training and I became convinced of the necessity of working directly, 'in the community' (Shepherd, 1978).

It was around this time that Len Stein's work in Madison was also beginning to become well known (Stein and Test, 1978). Stein - who incidentally began working in the community because he became dissatisfied by the lack of transfer from hospital based treatments - argued that help must be offered *where* it is needed, *when* it is needed, and for *as long* it is needed. This is now the accepted view, but at that time it wasn't. People were still struggling to bridge the unbridgeable gap between the artificial nature of 'treatment' and the real problems of life (some still are).

These views about the specific nature of behaviour and the influence of setting which are actually rather 'behavioural' now I come to think about it - are, in my view, part of what marks out rehabilitation from most of the rest of psychiatry (and much of clinical psychology). Most 'medical' models - and many psychological models - tend to take a much more 'endogenous' view of the origins of psychopathology (i.e. that they stem from underlying deficits in physical or psychological functioning). As a result, they assume that if you put the underlying pathology right (e.g. sort out someone's brain chemistry, or their dysfunctional cognitions) then this will have a generalised effect on their behaviour. I am sceptical of this view. I believe that, although it is laudable to sort out someone's underlying pathology (if you can), this doesn't necessarily help them boil an egg and, since problems with boiling eggs are generally what people complain of (rather than of having 'dysfunctional cognitions') then these should be treated as problems in their own right, not as epiphenomena of something underlying

and, inevitably, more mysterious.

Douglas had one other fundamental idiosyncrasy. He believed that one should try to help people who didn't get better. It took me a long time to understand this. I assumed that if you tried to help someone and they couldn't (or wouldn't) respond, then there was nothing much else you could do. Douglas challenged this, his message was, 'By all means try and treat people, but if they don't respond, then be absolutely sure that all treatment possibilities have been exhausted and most therapists assume that no one has received proper treatment unless they've had a go themselves - hence, the sometimes seemingly endless repetition of interventions which clearly have little or no impact. I now realise that the daunting case histories, where everything has been tried at least twice, to no particular effect, tell you more about the problems of the therapist than they do about the problems of the patient. It takes time to recognise the limits of your therapeutic potency. In the meantime patients - and their families - have to put up with the repeated frustrations (and sometimes the dangers) of these therapeutic 'heroics'.

Of course, while stressing the importance of disability, one must also recognise that the pattern of psychiatric disabilities is seldom static. One of the other important differences between physical and psychiatric rehabilitation is the dynamic nature of the relationship between functioning and environmental supports. In physical rehabilitation, gaining access to the physical world is made possible through the provision of physical supports (e.g. wheelchairs, ramps, large print, induction hearing loops, etc.). This is not to say that people with physical disabilities only require physical supports, they may also suffer 'social exclusion' through stigma, prejudice, etc., but once these physical supports are in place, they are generally relatively stable.

By contrast, the problems of the psychiatrically disabled person centre around 'social access' (e.g. to ordinary housing, ordinary jobs, non-segregated leisure activities, etc.) and these depend largely on the provision of social supports -

families, professionals, non-professional carers, etc. - who can facilitate access and then help maintain the person in their position. Successful adaptation is therefore dependent on the stability of these social supports and, because of the fact that people move on, get promoted, become exhausted, lose hope, die, etc.,

these are continually changing. This formulation of the dynamic nature of adaptation is, I think, my own small contribution to the philosophy of psychiatric rehabilitation (Shepherd, 1991). I learnt it from working in a setting (a day hospital) where people were continually coming back to be 're-rehabilitated' when their fragile adjustment in the community broke down because some key social figure was no longer present. Once I realised that these weren't 'failures', but simply the inevitable product of life events and limited coping capacities, I could understand why rehabilitation had to be seen as a *process*, not just a set of outcomes. Nothing could be more different from the static, 'throughput' model of rehabilitation with which I began.

A rehabilitation 'diagnosis' must therefore always be provisional and should always be subject to careful monitoring and review. This means an emphasis on long term care and 'management', rather than short-term 'episodes' of treatment. This is a difficult message to sell in the current, 'outcome oriented' culture of the health service, where therapeutic improvements are much more highly valued than the maintenance of functioning and the prevention of deterioration. A commitment to long term management also raises a whole set of problems to do with maintaining continuity of care. These require working closely with colleagues and sharing skills and responsibilities - activities which mental health professionals generally find just about as difficult as accepting that there are things they can't change.

Douglas always stressed the central role of the 'team' in this process and he was way ahead of his time in seeing that only a functioning 'team', not a collection of individuals, could actually deliver continuity of care.

As I began to focus my thinking on this interaction between the person and their social environment, so I came to see that both 'ends' of the dynamic were equally crucial. In terms of working on the quality of social supports, my interest in social skills training therefore soon developed into an interest in working with care staff and the organisation and maintenance of care in long term settings (Shepherd & Richardson, 1979). This also led to an interest in working with families and the problems that they have in maintaining positive, and non-destructive, social environments. Although I've never published much on this topic, it has always formed a major part of my clinical

practice and in recent years I have become convinced of the usefulness of the 'EE' framework for examining the interactions between carers and patients. I have also used it as a framework for teaching both staff and families (Shepherd, 1995).

I was slower to focus on the importance of the patient's view of things. I had always prided myself on taking an 'individually-centred' approach to care and it took me a long time to appreciate that 'individually centred' wasn't the same as 'individually led'. It's always difficult for well meaning professionals to stand back and really *listen* to what patients are saying. (Especially when what they are saying is that your efforts to help them aren't very useful - often not even very relevant - to their needs). In my case, it took about fifteen years.

Douglas always stressed the central role of the 'team' in this process and he was way ahead of his time in seeing that only a functioning 'team', not a collection of individuals, could actually deliver continuity of care.

As I began to focus my thinking on this interaction between the person and their social environment, so I came to see that both 'ends' of the dynamic were equally crucial. In terms of working on the quality of social supports, my interest in social skills training therefore soon developed into an interest in working with care staff and the organisation and maintenance of care in long term settings (Shepherd & Richardson, 1979). This also led to an interest in working with families and the problems that they have in maintaining positive, and non-destructive, social environments. Although I've never published much on this topic, it has always formed a major part of my clinical practice and in recent years I have become convinced of the usefulness of the 'EE' framework for examining the interactions between carers and patients. I have also used it as a framework for teaching both staff and families (Shepherd, 1995).

I was slower to focus on the importance of the patient's view of things. I had always prided myself on taking an 'individually-centred' approach to care and it took me a long time to appreciate that 'individually centred' wasn't the same as 'individually led'. It's always difficult for well meaning professionals to stand back and really *listen* to what patients are saying. (Especially when what they are saying is that your efforts to help them aren't very useful - often not even very relevant - to their needs). In my case, it

took about fifteen years.

I remember when my book *'Institutional Care and Rehabilitation'* first appeared (Shepherd, 1984). The reviews were generally quite good, but one reviewer noted that the book was rather heavily influenced by a 'medical model' of rehabilitation. At the time this didn't bother me much, given my background, I figured it wasn't very surprising. I also have to say that I felt that my 'medical model' (whatever that might be) was a lot more 'psychological' than most psychologists. However, I was perturbed by the idea that I'd been treating people as '*patients*', i.e. as the passive recipients of care, rather than as active partners in it. As I became more aware of the growing user movement in this country and in the U.S., my thinking changed and I realised that taking the views of users into account amounted to a lot more than simply not referring to them as '*patients*'. It meant developing a different kind of relationship between professionals and those on the receiving end of services. I think of this now as a 'public health' model.

Just as in long term physical health problems (e.g. heart disease, diabetes, asthma, etc.) the aim of health care is not simply to treat symptoms, it is also to manage disabilities and to prevent the accumulation of secondary problems. So it should be in mental health, particularly regarding longer term problems. At the heart of this process is the provision and interpretation of information. I now believe that a different approach to the sharing of information may be the single most important vehicle we have for changing the relationship between professionals and service users. It seems to me that for far too long mental health professionals have been overly secretive about what they are doing and why. They may rationalise this by appeals to 'confidentiality' and 'professionalism', but the real reasons are usually closer to ignorance and embarrassment. I'm afraid that professionals sometimes use their virtual monopoly of information - consciously or unconsciously - to maintain their positions of power and authority. Information, as they say, is power, and at the moment most of the power clearly lies with those who are running the services. A genuine 'partnership' approach would, I think, fundamentally change the sociology of mental health care since an educational model carries with it the potential for a completely different set of attitudes towards power and control. Good 'teachers' aim to share their knowledge and skills and to empo-

wer their students, not to manipulate them.

I have thus become an enthusiastic advocate of the 'psychoeducational' approach for both direct service users, and for their families, and I am much indebted to the pioneers in this country - Max Birchwood, Nick Tarrier, Liz Kuipers for showing me the way.

Of course, there are problems with psychoeducational approaches. The main one is how do you decide which model to 'teach'? This *is* a problem, since all the 'theories' of serious mental illness have their flaws and limitations. I remain wedded to a 'bio-psycho-social' model, since it seems to me to cover most of the evidence reasonably well. But whatever model you choose, you have to find an answer for the difficult questions that people will ask. '*What causes schizophrenia? How does medication work? Will I get better? How can I avoid getting 'ill' again?*'. This is the sort of information that people really want to know, not data about prevalence, or the difference between a 'positive' and a 'negative' symptom. If I were in their 'shoes', it is certainly what I would want to know.

Like anyone else I struggle for answers to these fundamental questions and sometimes I have to say that I don't know. Or, '*I can't say for certain in your case but, given your characteristics, this is the most likely answer based on the data from group studies.*' Most of the time our understanding of the factors affecting outcomes for someone with a serious mental illness, and our ability to predict these for a given individual, is seriously limited. However, as Albert Einstein once said of physics, 'Compared to reality, it is primitive and childlike, but it is still the most precious thing we have'. I feel the same way about our psychological understanding of psychosis. But, I am also convinced that the individual has generally has the right to know what we think we know about them, if they so wish, and unless there are very special circumstances.

The other thing that I've learned about psychoeducation is that the 'medium' is probably much more important than the 'message'. People may not learn many 'facts' about schizophrenia, they generally have too many strong, preconceived ideas of their own, but what they do pick up is the *attitude*. The medium of an educational format suggests that schizophrenia can, and should, be talked about openly. There are common experiences and these can be shared, it isn't

just a personal nightmare. This attitude is at the heart of a new 'relationship' between the person and their disorder, where the one is clearly the person from their illness. The individual is a *person* who is trying to manage their schizophrenia, not simply 'a schizophrenic'. Again, I think there is a parallel here with people who experience anxiety or depressive symptoms and who achieve a different 'relationship' with their symptoms as a result of successful treatment. They start to see the possibility of exerting some degree of control over their distressing experiences, rather than being controlled by them. If the same can be achieved with regard to psychotic experiences, then this forms the basis for a much more positive, 'coping' attitude.

Finally, psychoeducation, like most psychological interventions, is much less effective than perhaps the name implies. I can honestly say that I've always learned more from running psychoeducation groups about the realities of living with schizophrenia than I've ever imparted. They are certainly 'educational' but, in my view, it's often the staff who benefit as much as the users. I've often been particularly struck by the changes in attitudes among nursing staff as they start to learn something real about schizophrenia, rather than the myths and stereotypes they still get fed in school. I'm very interested in exploring further how to involve users much more directly in the education of professionals and the planning of services (e.g. Shepherd, Murray & Muijen, 1994). Our Centre also runs a course to prepare users with the skills necessary to represent their opinions to professional audiences. We are even experimenting with involving users in the process of research itself (Beeforth, Conlan & Graley, 1994). These are exciting developments.

So, I think I've come a long way. I've learnt a lot, especially about the things that I personally find most difficult. I have also changed my mind once or twice about most of what I previously thought was 'true' in psychology. I hope that I shall go on to learn more about rehabilitation and that it may yet turn out to be even more different from what I thought it was originally. The social context will certainly change, maybe conditions will even improve for people who are limited and disadvantaged by serious mental ill health. There is certainly no turning back to the mental hospital. We *have* to make 'community care' work and to do so means understanding very clearly both

the nature of rehabilitation and our personal response to it. But if we are prepared to listen to the patients and their families and think creatively and flexibly about the future, then I remain optimistic that progress is possible. I look forward to being a part of this and perhaps to writing another maybe quite different - history of rehabilitation in another twenty years.

► References

BEEFORTH, M., CONLAN, E. and GRALEY, R. (1994) *Have We Got Views for You?* London: The Sainsbury Centre for Mental Health.

RACHMAN, S.J. and HODGSON, R. (1974) 1. Synchrony and desynchrony in fear and avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 311-318.

SHEPHERD, G. (1978) Social skills training: The generalisation problem - some further data. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 287-288.

SHEPHERD, G. (1991) *Psychiatric Rehabilitation in the 1990's*. In F.N. Watts and D.H. Bennett (eds.). *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Chichester. Wiley.

SHEPHERD, G. (1995, in press) Residential Care for the Severely Disabled. *Community Mental Health Journal*, 31, 53-69.

SHEPHERD, G., MURRAY, A. and MUIJEN, M. (1994) *Relative Values*. London: The Sainsbury Centre for Mental Health.

SHEPHERD, G. and RICHARDSON, A. (1979) Social skills and beyond:

Environments for the care of chronic problems. *Behavioural Psychotherapy*, 7, 31-38.

STRAUSS, J.S., KLORMAN, R. and KOKES, R.F. (1977) Premorbid adjustment in schizophrenia: Part V. Implications of findings for understanding and research application. *Schizophrenia Bulletin*, 3, 240-44.

STEIN, L. I. and TEST, M.A. (1978) *Alternatives to Mental Hospital Treatment*. New York: Plenum.

Servicios sociais e outros recursos de apoio social

María Carmen Viz Otero

1 ► Introducción

A permanencia con éxito dos enfermos mentais nais graves no seu medio social e o alivio da carga os seus parentes mais directos, require dos esforzos oordinados (traballo de rede) dos servicios profesionais (servicios de saúde mental, servicios sociais) das fontes de axuda informal, recursos socio-omunitarios, entidades de iniciativa social, etc.

Repasáanse neste capítulo as necesidades sociais estas persoas, así como os servicios e condicións ecesarios para satisfacelas e o seu escaso desenvolvemento en Galicia.

Examínase ademais a normativa que ata este omento vincula os Servicios Sociais coa ehabilitación Psiquiátrica no ámbito galego. 'articulamente recóllense as Prestacións Básicas do 'lan Concertado e o esquema competencial das dministracións, pezas arredor das cales se articula do o sistema de Servicios Sociais.

Referímonos tamén ó **apoyo social** que pode ser erado desde a propia comunidade (familia, veciños, rupos, asociacións, clubs, voluntarios...) e á necesidade de destinar atención e esforzos profesionais á **ntervención comunitaria** para detectar estas for- as de apoio non profesionais, favorece-la súa crea-

ción e traballar conxuntamente con elas para que a súa provisión de axuda (material, emocional...) res- ponda de forma óptima ás necesidades das persoas que presentan incapacidades derivadas de enfermidade psiquiátrica.

No estado actual de desenvolvemento dos Servicios Sociais, das Unidades de Saúde Mental (escasa dotación de equipos humanos e inexistencia en moitos casos dunha determinada *actitude e implicación comunitaria*), e da rede de dispositivos comunitarios en xeral, a tutorización dos pacientes que presen- tan mais dependencia debería estar a cargo dos Servicios de Rehabilitación, servicios caracterizados por unha forte ancoraxe nos recursos da comunidade e a posibilidade dun funcionamento flexible, versátil e itinerante que permita, en coordinación cos outros ser- vicios, ofrecer unha asistencia continuada e inmediata.

2 ► O cotián, ámbito no que se produce a rehabilitación.

O Dr. Bennet¹ decíanos en Sevilla que a rehabi- litación do enfermo mental crónico debe proporcio- narlle un lugar ónde ir, con alguén, a facer algo, é

49

dicir, o que facemos todos sen nos dar conta tódolos días. Expresaba, desta maneira a importancia dos Servicios Sociais neste campo de actuación.

A rehabilitación entendida como *proceso para axudarlles ós enfermos a produci-la súa propia vida* (Pelicier, 1991)² ten lugar a través do que é a convivencia, o cotián; e ten que responder á necesidade de integrar no seu medio social, e en plenitude de dereitos, a persoas con discapacidades severas que as colocan en desvantaxe social.

Os Servicios Sociais artículanse arredor da idea de convivencia, para darlles resposta ós problemas xerados nese ámbito, de igual maneira que o Sistema Sanitario se nuclea arredor da saúde ou da ausencia dela, a enfermidade, ou o Sistema Educativo arredor das necesidades de educación. Son por eso, pola relación que teñen co entorno, co cotián, coa vida da xente, e polo sistema de prestacións públicas que comportan, instrumentos esenciais na rehabilitación psiquiátrica, un dos pilares nos que asenta a Reforma Psiquiátrica.

A pesar desto, hai aínda unha considerable falla de sintonización na sociedade e nos poderes públicos respecto das necesidades non sanitarias dos enfermos mentais crónicos, por poñer-lle acento máis no seu carácter de *enfermo* que de *discapacitado*. En Galicia nunca houbo dotacións presupostarias de servizos sociais destinadas especificamente ós enfermos mentais. Outras Comunidades Autónomas, pola contra, dotaron partidas para servizos alternativos á Institución Psiquiátrica dende hai máis de 10 anos.

A rehabilitación psiquiátrica ha de ser entendida como un proceso que considera a persoa como un individuo dentro do contexto do seu ambiente e inflúe no proceso de interacción que se produce entre ambos para logralo mellor axuste posible (Watts e Bennett, 1990)³. Trátase dunha parte, de recuperar, no posible os deficit das persoas incapacitadas por

razón psiquiátrica e, simultaneamente, de melloralas condicións do seu ambiente inmediato co fin de mingualas súas minusvalías. O reino da rehabilitación é o reino da supresión de barreiras ambientais (Farkas, 1990)⁴.

Supérase no presente o enfoque erróneo que caracterizou a teoría da rehabilitación en décadas anteriores (Anthony, Bennett, 1990)⁵. Rehabilitar é diferente de reubicar: as persoas non melloran nin se desenvolven mellor socialmente polo simple feito de non estaren no hospital psiquiátrico, senón que requiren, ademais, axuda continuada. Precisan dun **sistema de apoio** que minimize ou compense as súas discapacidades, actúe como protector da marxinalización (illamento social, pobreza) e favoreza a súa **normalización e integración** na comunidade con satisfacción persoal propia.

O **apoio** é na rehabilitación unha idea clave, que indica a axuda que deberían proporcionarlles os servizos ás persoas con incapacidades psiquiátricas severas. O Sistema de Apoio Comunitario foi definido como *rede de persoas responsables ocupadas en axudar a esta poboación vulnerable na satisfacción das súas necesidades e no desenvolvemento das súas potencialidades, sen ser innecesariamente afastadas ou excluídas da comunidade* (Turner e Schiffren, 1979)⁶.

A **normalización**, non é un fin en si mesma, senónun *medio de levar individualmente a cada persoa incapacitada ata o que mais se achegue ás súas posibilidades e obxectivos* (Mesinova, G.B., 1990)⁷. Normalizar e integrar non é o mesmo que homoxeneizar, senón respecta-la diferenza. Moitos pacientes serán dependentes durante toda a súa vida, pero certas dependencias favorecen a liberdade noutras áreas da vida. A dependencia debe estar nucleada no concepto de rehabilitación como algo funcionalmente útil e psicodinamicamente denso (Rey, 1990)⁸.

Os obxectivos dos Servizos de Saúde Mental

² Pelicier: citado por Aparicio Basauri en Rehabilitación e integración: una cuestión aberta. in Informaciones psiquiátricas. nº 31, pp 13-19.

³ Watts e Bennett, D.: El concepto de rehabilitación. in Rehabilitación psiquiátrica. p 15. Ed. Limusa, México, 1990.

⁴ Farkas, M.: La rehabilitación del paciente mental crónico. Conferencia no Seminario La rehabilitación del paciente mental crónico en la comunidad. Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Sevilla, 1990.

⁵ Anthony, W.C.: La recuperación de la enfermedad mental: una visión que guía el sistema de los servicios de salud mental en los años 90. in Psychosocial Rehabilitation Journal. Vol. 16, nº 4, pp 13-23. 1993.

⁶ Turner e Schiffren (1979): citado por Anthony W.A. en La recuperación de la enfermedad mental: una visión que guía el sistema de los servicios de salud mental en los años 90. in Psychosocial Rehabilitation Journal. Vol. 16, nº 4, pp 13-23. 1993.

⁷ Mesinova, G.B.: Normalisation and its relevance today. in Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 20, nº 3, pp. 379-390. 1990.

⁸ Rey Rodríguez, A.: Conferencia nas Primeiras Xornadas de Rehabilitación en Saúde Mental. Ourense. 1990.

especto dos seus usuarios máis graves, son tamén os obxectivos globais dos Servicios Sociais, entendidos no sentido de Kahn e Kamerman, *como aqueles que procuran facilitar ou mellorar a vida diaria das persoas* (1987)⁹. Para acadalos válense das capacidades dos individuos, das relacións interpersoais e dos recursos da comunidade (García Roca, 1986)¹⁰.

Recurso é un concepto instrumental, pero de importancia en Traballo Social. Entendidos nun sentido amplo tanto os formais ou públicos como os informais xerados desde o propio contorno da persoa, *son medios que amplían e posibilitan o desenvolvemento persoal, e que fan realidade o principio da igualdade de oportunidades*. Calquera recurso pode ser válido, sempre que teña **significación** para a persoa. A significación aportaralla o equipo, os profesionais, a través do acompañamento, da relación interpersoal dentro do proceso de axuda.

3 ► Marco legal: A Saúde Mental e o Sistema de Servicios Sociais

As seguintes normas xurídicas asígnanlles competencias en Saúde Mental ós Servicos Sociais, sen prexuício das que lle corresponden ó sistema sanitario:

- Lei 3/1986 de 25 de abril de 1986, Xeral de Sanidade.
- Decreto 389/1994 de 15 de decembro, polo que se regula a Saúde Mental en Galicia.
- Lei 4/93 de 14 de abril, de Servicos Sociais de Galicia e
- Decreto 240/1995 do 28 de xullo, polo que se regulan os Servicos Sociais de Atención Primaria. Está pendente aínda de saí-lo Decreto de Servicos Sociais especializados.

a) Lei Xeral de Sanidade

Actúa como lexislación marco orientadora das distintas normas das Comunidades Autónomas en materia de Sanidade.

O artigo 20 da L.X.S. sinala as grandes liñas de actuación neste campo ó indicar que *a atención ós problemas de Saúde Mental realizarase no ámbito comunitario, e que se desenvolverán os servicos de rehabilitación e reinserción social necesarios para unha adecuada atención integral dos problemas do enfermo mental, buscando a necesaria coordinación cos servicos sociais*.

Esta redacción trasloce a experiencia acumulada en anos 70 e 80, tempos da Reforma Psiquiátrica en España: A conseguinte desinstitucionalización dun importante número de pacientes dos Hospitais Psiquiátricos e, sobre todo, a abordaxe na comunidade de pacientes con severas incapacidades que no modelo tradicional de asistencia ingresarían nunha unidade hospitalaria de longa estancia, esixían que os servicos sociais resolveran as necesidades sociais dos pacientes, antes cubertas polo hospital psiquiátrico como institución total.

Pero a Reforma Psiquiátrica coexiste cuns servicos sociais sectoriais, fragmentados, e incapaces de asumir a protección deste novo colectivo. Algúns autores denominaron esta situación **modelo residual** do Estado de Benestar¹¹. En España *a insuficiencia de recursos sociais, e máis aínda a ausencia dunha delimitación entre servicos sociais e sanitarios, constitúe un dos maiores obstáculos para a desinstitucionalización*¹².

Aínda así, a resposta foi diferente segundo as comunidades autónomas, o cal probablemente tivo que ver co diferente nivel de coordinación entre os responsables dos dous sistemas.

A chamada que fai o citado artigo 20 á coordinación reflicte a necesaria interdependencia das dúas redes asistenciais. Un dos maiores determinantes de bos resultados en programas de rehabilitación é a súa forte integración nos recursos da comunidade (Saraceno, 1990)¹³.

b) Decreto galego de Saúde Mental.

No Decreto 389/1994, que regula a Saúde Mental en Galicia, os servicos de rehabilitación

Kahn e Kamerman: Los servicios sociales desde una perspectiva internacional. Ed. Siglo XXI. Madrid, 1987.

⁹ Consello de Europa: Carta Social Europea. 1967.

¹⁰ García Roca, J.: Modelos de Servicios Sociales y lucha contra la marginación. in Rev. Documentación Social. nº 64. Madrid, 1986.

¹¹ Desviat, M.: Desinstitucionalización: Programas alternativos. in Rev. Psiquiatría Pública. Vol. 1, nº 2.

¹³ Saraceno, B.: La evaluación en los programas de rehabilitación. Conferencia en seminario La rehabilitación del enfermo mental crónico. Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Sevilla, 1990.

contémplanse baixo o rótulo de **dispositivos complementarios**.

Ademais das *unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica* forman parte destes dispositivos as **Unidades de apoio comunitario**. O texto do artigo 16, pouco imperativo, posibilita a creación de diferentes recursos, tanto de **aloxamento** (vivendas tuteladas, vivendas de transición e outras formas de aloxamento e residencia) como de **carácter ocupacional e laboral** (centros ou talleres ocupacionais, cursos de formación, etc.). O Dr. Arturo Rey (1990)¹⁴ lamentou a redacción deste párrafo, que entra en contradicción cos postulados do que debe se-la transformación dos hospitais psiquiátricos desde a doutrina da Psiquiatría Comunitaria.

Para a súa operativización compromete ás distintas ramas da Administración, de Servizos Sociais, de Traballo e Sanitaria. Obriga, polo tanto, á **coordinación e cooperación interinstitucional**. Esta técnica de coordinación, complexa de aplicar, reiterada tamén na Disposición Adicional Primeira é un elemento central ó longo de todo o Decreto, ¿será esta unha das causas da ralentización dos procesos?

52

Os dispositivos do artigo 16 sinálanse de maneira moi similar na Lei de Servizos Sociais como equipamentos propios da área de atención de minusválidos.

c) Lei 4/93 de Servizos Sociais de Galicia e Decreto 240/1995 de atención primaria. A minusvalía como concepto operativo

Enmárcanse nas liñas actuais de política social, na que se configuran os Servizos Sociais como un sistema integrado, de responsabilidade pública, con base municipalista, de carácter universal, descentralizado, e que dá resposta a determinados dereitos dos cidadáns.

A relación das **áreas de actuación** da LSSG non inclúe ós enfermos mentais crónicos¹⁵. A efectos desta

clasificación por áreas de actuación dos servizos sociais, procede operar co concepto de **minusválido**.

Na actualidade existe unha visión bastante precisa do impacto que unha enfermidade mental severa produce nunha persoa¹⁶: non só causa síntomas e deterioro, senón tamén limitacións para funcións significativas da persoa, incapacidades e **minusvalía**. A **minusvalía** revélase na relación entre o individuo e o ambiente. É a falla de oportunidades dunha persoa, derivada da súa discapacidade, que lle limita ou impide a realización de actividades ou o cumprimento do rol social esperable segundo a súa idade, sexo e características sociais e culturais¹⁷.

4 ► Configuración do sistema de Servizos Sociais

Parécenos oportuno repasar certos aspectos do Sistema de Servizos Sociais debido a que, pola súa recente configuración como tal, con frecuencia non é coñecido moito mais aló do propio campo que regula.

O Plan Concertado

A Carta Social Europea (1961) define os Servizos Sociais como *aqueles que utilizando os métodos do Traballo Social, contribúen ó benestar e ó desenvolvemento dos individuos e dos grupos na comunidade e á súa adaptación ó seu ambiente social*. Posteriormente outras declaracións internacionais consagraron tamén o dereito ós servizos sociais.

A Constitución española de 1978 asigna a competencia exclusiva nesta materia ás Comunidades Autónomas. Non hai, polo tanto, unha lei estatal de referencia como hai en Sanidade ou en Educación¹⁸.

¹⁴ Rey Rodríguez, A.: Do xeral ó particular. in Xornadas sobre a reforma Psiquiátrica. p.77. Publicacións da Xunta de Galicia, 1990.

¹⁵ Hai unha referencia expresa a eles no artigo 13.2, ó describi-los equipamentos precisos para os servizos sociais de atención especializada na área de actuación de minusvalías. Alí aparece a expresión centros para psicóticos e autistas.

¹⁶ A conceptualización que desta cuestión fixo a OMS nos anos 80 axudou a perfila-lo campo da rehabilitación psiquiátrica no cal a énfase está posta máis nas consecuencias da enfermidade que na enfermidade mesma.

¹⁷ En España articulouse todo un sistema de protección social para este colectivo en 1982, a través da Lei de Integración Social de Minusválidos (LISMI). Para acceder ás vantaxes que comporta, é preceptiva a declaración de minusvalía realizada polos equipos de valoración e orientación previstos na propia lei. Sería desexable a superación deste encadramento, que podería vir da man do artigo 19 da LSSG cando indica que tamén terán a consideración de servizos sociais de atención especializada aqueles outros expresamente recoñecidos que respondan de forma estable a situacións carenciais de colectivos específicos... e cantos outros se poidan considerar necesarios dacordo cos estudos de necesidade social promovidos pola administración autonómica.

¹⁸ A Constitución outorga réximes xurídicos diferentes á Seguridade Social e á Asistencia Social. Aquí referímonos só a esta última, que designamos como Sistema de Servizos Sociais dacordo coa doutrina maioritaria xerada dende entón.

Na década dos 80 tódalas comunidades autónomas promulgaron as súas Leis de Servicios Sociais, que son, xunto coa Lei Reguladora das Bases de Réxime Local (LRBRL), o marco normativo de referencia. Esta última obriga ós municipios maiores de 20.000 habitantes a prestar servicios sociais, e tal obriga compete tamén, complementaria e subsidiariamente, ás Deputacións Provinciais. A Administración Central e a Autónoma teñen de cooperar cos Concellos para este fin económica e tecnicamente.

A inexistencia dunha lei marco estatal e o feito de que a LRBRL non concrete cales son as necesidades que deben cubri-los Servicios Sociais, fixo necesario un **acordo** que harmonizase en todo o territorio do Estado as prestacións mínimas que o sistema debía prestar e a rede de equipamentos necesarios. Nace así, en 1988 o **Plan Concertado de Prestacións Básicas de Servicios Sociais en Corporacións Locais**, convenio de colaboración financeira entre as tres administracións (estatal, autonómica e local) para o establecemento da rede pública de servicios sociais básicos, de xestión local.

O Plan Concertado foi unanimemente recoñecido como un instrumento fundamental, tanto para marca-los elementos definidores do sistema como para impulsa-la súa implantación⁹.

Prestacións Básicas do Sistema de Servicios Sociais

Representan o principal contido do Plan Concertado, e o que máis directamente afecta á poboación. Foron fixadas a partir de elementos comúns de tódalas Leis de Servicios Sociais das Comunidades Autónomas, e describímolas respectando a propia redacción do Plan. Son as cinco seguintes:

1 Información e orientación.

Ten a finalidade de garanti-lo acceso ós recursos sociais para a igualdade de oportunidades. *Dirixida a individuos, grupos e institucións, sobre os dereitos que puideran corresponderlles e os recursos sociais existentes, así como o asesoramento especializado sobre problemas sociais e a súa canalización, cando sexa*

necesario, ós demais Servicios Sociais existentes.

2 Axuda a domicilio.

Responde á necesidade dun contorno de convivencia adecuado no propio domicilio. *Ten como obxectivo a prestación dunha serie de atencións ós individuos e/ou familias no seu domicilio, cando se atopen en situacións nas que non é posible a realización das súas actividades habituais ou en situacións de conflitos psico-familiares para algúns dos seus membros.*

3 Aloxamento e convivencia.

Responde á mesma necesidade de convivencia cando non se dispón de domicilio adecuado. *A prestación de aloxamento supón unha alternativa para as persoas que carecen dun ambiente familiar adecuado.*

Estes programas pretenden a realización persoal e a autonomía no marco convivencial, tanto reforzando a familia nas distintas manifestacións que presenta hoxe, como proporcionando alternativas de convivencia para quen carece dela a través de equipamentos específicos (*vivendas tuteladas, centros de acollida, residencias, albergues, etc.*), ou ben buscando outra familia substituta (*familias de acollida*).

4 Prevención e Integración Social.

Responde á necesidade de integración social e de sentirse aceptado no medio social no que se vive. *Son intervencións realizadas por equipos profesionais, dirixidas a persoas e colectivos en situación de risco ou marxinación social, co obxecto de previr marxinacións sociais e, no seu caso, logra-la reinsertión familiar e social.*

Esta prestación inclúe a acción directa nos espazos nos que se produce a convivencia: contorno veciñal, entidades asociativas, medios de comunicación, a rúa, etc. Pero tamén determinados equipamentos nos que levar accións de carácter transitorio ou complementario dos procesos de integración social: centros ocupacionais, albergues de transeúntes, fogares, clubs, centros de día, etc. que pretenden o desenvolvemento das capacidades persoais favorecedoras dunha mellor convivencia¹⁰.

⁹ A dimensión en Galicia do Plan Concertado, pódese apreciar a través de dous datos: - Gasto total desde o seu inicio no 1988 deica o 1994: 14.928.857.696 ptas. - Número de profesionais implicados: 423 (Aguilar López, M.: Comunicación nas Actas das VI Xornadas de Servicios Sociais no Medio Rural. Lugo, 1995).

¹⁰ García Herrero, G. e Ramírez Navarro, J.M.: Los nuevos Servicios Sociales. Síntesis de conceptos y evolución. Ed. Librería Certeza. Zaragoza, 1992.

5 Promoción da solidariedade social

As catro prestacións que teñen a finalidade de garantir unha protección social, únese un quinto enunciado referido á **promoción da solidariedade social**, como complemento necesario da responsabilidade pública, a través do apoio financeiro e técnico, desde a Administración, ós recursos de iniciativa social: familias de acollida, asociacións, voluntariado social, fundacións, etc.

Insertamos un cadro que reflicte os elementos de identidade do sistema²¹.

- por áreas de actuación:

- Definidas en función dos sectores de poboación e de problemáticas diferenciadas (Comunidade, Familia, Infancia e Xuventude, Minusvalías, Vellez, Muller, Drogodependencias e alcoholismo, Minorías étnicas, Delincuencia e reinserción social de ex-internos, Outras problemáticas de marxinación social)

Son **servicios de atención primaria** os que se establecen no nivel local, o máis próximo ó usuario e ó seu ambiente familiar e social. Desenvolven pro-

OBJECTIVOS XERAIS	NECESIDADES SOCIAIS	OBJECTIVOS EXPECÍFICOS	PRESTACIÓNS	REDE DE ATENCIÓN PÚBLICA	
				EQUIPAMENTOS COMUNITARIOS	EQUIPAMENTOS ESPECÍFICOS
Garantir unha PROTECCIÓN SOCIAL a través de prestacións sociais básicas ante situacións de necesidade	Acceio ós recursos sociais	Previr desigualdades no uso dos recursos sociais	• Información e orientación	CENTROS DE ERVICIOS SOCIAIS • Unidades de Traxallo Social de Zona • Equipos interprofesionais	
	Convivencia persoal	Facilita-la realización persoal e a autonomía no marco convivencial	• Axuda no domicilio • Aloxamento		Vivendas Tuteladas Centros de Acollida Residencias Albergues
	Integración social	Posibilitar condicións persoais e sociais para a participación na vida social	• Inserción social		Centros ocupacionais Centros de inserción Centros de relación social: Fogares Clubes
Promove-la COOPERACIÓN SOCIAL	Solidariedade social	Potencia-la responsabilidade social ante as necesidades sociais	• Promoción, financiación e apoio técnico	RECURSOS DE INICIATIVA SOCIAL • Familias de acollida • Asociacións • Grupos de Autoaxuda • Iniciativas de apoio mutuo • Voluntariado social • Fundacións	

Conceptualización do sistema de servizos sociais

O Servizos Sociais en Galicia

A Lei de Servizos Sociais de Galicia (LSSG) estrutura o sistema de servizos sociais segundo dous parámetros:

- por niveis de atención:

- Servizos sociais de atención primaria
- Servizos sociais de atención especializada

gramas e prestan axudas favorecedoras da participación, a integración e o benestar social das persoas ou grupos dentro do seu contorno comunitario *especialmente daqueles que corren o risco de estar en situación de carencia ou marxinación*.

Para o cumprimento dos seus obxectivos prevén unha serie de **programas básicos** de actuación, os previstos no Plan Concertado. **O artigo 9 da LSSG²² posibilita o desenvolvemento de proxectos e actuacións de carácter sectorial coa considera-**

²¹ id. ibid., p. 15.

²² Lei de Servizos Sociais de Galicia, artigo 9.- Para acadala súa finalidade, os servizos sociais de atención primaria, nos seus equipamentos, prestacións e proxectos sociais poderán adoptar tanto un carácter polivalente e aberto a toda a comunidade como, complementariamente, un carácter sectorial e centrado en grupos con problemáticas específicas, tendo a consideración, neste segundo suposto, de equipamentos, prestacións ou proxectos de atención primaria na correspondente área de actuación.

ción de servicios de atención primaria.

Os **Servicios Sociais de atención especializada**, *son os dirixidos a sectores da poboación con problemáticas definidas que precisan dun tratamento particular ou tecnicamente complexo que non se pode resolver dende os servicios sociais de atención primaria.*

Obsérvase que tal clasificación permite a creación dos dispositivos sociais específicos tanto desde os servicios sociais de atención primaria, atendendo ás prestacións básicas e de carácter local, como dende os especializados, mais lonxanos xeograficamente e dependentes das Delegacións Provinciais da Consellería de Sanidade e Servicios Sociais. A futura normativa de Servicios Sociais especializados terá que prever aqueles que deben dispensarse en sentido estricto ós enfermos mentais crónicos.

Distribución competencial

A **distribución competencial** é outro dos elementos que se deben coñecer, a modo dun instrumento técnico máis que oriente os proxectos sociais que se pretendan poñer en marcha.

A LSSG outórgalles un protagonismo decisivo ós entes locais (Concellos) en materia de Servicios Sociais: pasan a se-la instancia principal na súa xestión e terán o deber de consignar partidas presupostarias específicas para esta materia²³, *dándolle entidade substancial a un campo de actuación administrativa ata agora insuficientemente considerado.*

* Correspóndelles ós **Concellos**, entre outras:

- a creación e a xestión dos servicios sociais de atención primaria e especializados de ámbito local, entendendo por tales aqueles nos que os usuarios sexan preferentemente residentes no respectivo concello.

- a colaboración no fomento de servicios sociais de carácter local prestados por entidades de iniciativa social²⁴.

* Correspóndelles ás **Deputacións**, entre outras:

- a creación e xestión dos servicios sociais de atención especializada de ámbito supramunicipal ou, se é o caso, supracomarcal²⁵.
- a promoción e a colaboración no financiamento dos equipamentos e programas de servicios sociais de atención especializada de carácter supramunicipal das entidades de iniciativa social.

* Á **Administración Autonómica**

correspóndelle, sobre todo, funcións de carácter planificador e coordinador, así como o exercicio da potestade inspectora e sancionadora, se ben pode asumir a creación e xestión de equipamentos e programas, pola súa natureza, ámbito ou outras circunstancias concorrentes.

A redacción deste parágrafo deixa clara a excepcionalidade de que a Administración Autonómica cree e xestione servicios por ela mesma.

Correspóndelle tamén participar no financiamento da promoción e mantemento de actividades dos concellos.

* Finalmente

a lei incorpora a colaboración da **iniciativa social** e da **iniciativa privada lucrativa** na prestación de servicios sociais, e outórgalle carta de natureza ó **voluntariado social**.

Tal distribución de competencias precisa da colaboración técnica e económica entre as administracións para logra-la implantación dos servicios.

A complexidade do sistema competencial exposto incide dunha forma moi directa na práctica

55

²³ A porcentaxe do presuposto municipal que en 1987 se adicaba a servicios sociais sobrepasaba en moi poucos casos o 1%, incluíndo vilas e cidades de máis de 20.000 habitantes, e era aínda inferior nos concellos pequenos. (Cagiao Vila, M.J.: Centros municipais de servicios sociales en Galicia: La ausencia de un modelo. Comunicación no 1º Congreso Nacional sobre Sistema Público de Servicios Sociales en la Administración Local. A Coruña, 1994).

²⁴ Os arts. 76 e 77 establecen un sistema incentivador dos agrupamentos de concellos pequenos para o desenvolvemento dos servicios sociais e así, no caso de agrupamentos, cada concello deberá destinalo 4% do seu presuposto a este fin, mentras que se non hai agrupamento, a porcentaxe será do 6%.

²⁵ En Galicia existen 313 concellos. O 95% deles teñen menos de 20.000 habitantes. 255 teñen menos de 10.000 habitantes e deles, 174, non alcanzan os 5.000. O número de entidades de poboación é de 32.000 para unha poboación de 2.700.000 habitantes. Estas cifras reflecten o específico da diseminación poboacional de Galicia, que terá unha incidencia considerable no desenvolvemento dos servicios sociais: Necesariamente ten que se impoñe-lo agrupamento de concellos ou a comarcalización. De aquí o importante papel que poden te-las Diputacións, no seu papel complementario e subsidiario da actuación dos concellos.

profesional no sentido de que, se se detecta a necesidade dunha vivenda tutelada, un centro ocupacional ou un centro de día, por exemplo, o proxecto social que se redacte e que se queira promover, terá que ter en conta as distintas fontes de financiamento, Concello, Deputación e Dirección Xeral de Servizos Sociais, conxunta ou separadamente, segundo a estratexia a seguir: Un só dispositivo pode ser asumido por unha soa administración ou precisar, para levalo adiante, do concurso das tres.

Os servizos sociais nos concellos galegos

Como vimos decindo, o modelo de servizos sociais ten base municipal, por se-lo concello a administración máis próxima ó cidadán.

Nos últimos anos, grazas á financiación do Plan Concertado, tódolos concellos galegos crearon un Departamento de Servizos Sociais, pero son aínda moitos aqueles nos que tal departamento consiste nunha Unidade de Traballo Social atendida en días alternos por un Traballador Social (174 concellos) e poucos aqueles nos que se configura como un auténtico equipo interdisciplinar²⁶ e cunha oferta relativamente ampla de servizos.

A creación destes Departamentos, como consecuencia da decisión particular de cada concello, caracterízase pola ausencia dunha estrutura organizativa de conxunto, de coordinación inter-áreas, de homologación de criterios metodolóxicos, etc. A súa actividade máis importante é a primeira das prestacións básicas, Información e Orientación, porta de entrada ó sistema, xunto cos servizos máis ou menos desenvolvidos de Axuda a Domicilio²⁷.

Non hai en funcionamento un só programa sectorial local dirixido a enfermos mentais. Por primeira vez no ano 1996 unha mancomunidade galega, a Mancomunidade do Tambre, solicitou financiación para un proxecto de vivenda tutelada para enfermos mentais graves que foi atendido pola Dirección xeral de Servizos Sociais e está pendente na actualidade da resolución da Diputación.

Débense destacar, sin embargo, valiosas intervencións dos traballadores sociais de apoio a perso-

as con trastornos mentais graves e ás súas familias, tanto na mediación ante as institucións psiquiátricas, como encamiñadas a favorecer-la integración social dos pacientes.

As necesidades máis urxentes neste ámbito, sentidas por estes profesionais son²⁸:

- adecuado seguimento psiquiátrico domiciliario dos pacientes (artigo 20 da L.X.S. e art. 2.3 do Decreto de Saúde Mental) que inclúa a rápida intervención nas crises (artigos 7. f e 12.a do Decreto de Saúde Mental) e maior implicación da Atención Primaria de saúde nestas situacións.
- equipos sanitarios que realicen os traslados dos enfermos no caso de ingresos involuntarios (artigo 20 da L.X.S.)
- recursos de aloxamento e ocupacionais/laborais (artigo 16 do Decreto Galego de Saúde Mental)
- coordinación e asesoramento dos profesionais de Saúde Mental ás Unidades de Traballo Social dos Concellos (artigo 13.3, 7.f e Disposición Adicional Primeira 2 do Decreto de Saúde Mental)

Unha eiva importante para o desenvolvemento dos servizos sociais municipais é o actual modelo de **financiamento das Corporacións Locais** primordialmente pola vía subvencional, o cal produce a inhibición na posta en marcha de novos servizos debido á inseguridade da concesión da subvención en exercicios futuros, característica desta figura presupostaria.

5 ► O equipo de saúde mental como referencia primeira na atención.

A importancia conceptual que as prestacións básicas teñen na integración social dos enfermos psiquiátricos crónicos tropeza, na práctica, coa debilidade do sistema, explicable, entre outras razóns, polos seus apenas dez anos de existencia: é o recién nado dos sistemas de protección social. A súa implantación sen embargo, xerou nos profesionais da Saúde Mental lóxicas expectativas respecto á corresponsabilidade no labor.

A clarificación de competencias dos Servizos Sociais pode prexudicar ós afectados, sobre todo

²⁶ Memoria da Dirección Xeral de Servizos Sociais, 1994.

²⁷ Cagiao Vila, M. J.: Centros de servizos sociais: la ausencia de un modelo, in 1º Congreso Nacional sobre el Sistema Público de Servizos Sociais en la Administración Local. A Coruña, 1994.

²⁸ Conclusións dunha reunión de Traballadores Sociais de concellos e de Saúde Mental, da área sanitaria de Santiago, que tivo lugar en Brión o día 30 de novembro de 1995.

durante o tempo de transición, mentres aínda non se acoplaron as estruturas e presupostos dos dous sistemas, corréndose o risco de que se produza un baleiro asistencial: Esta é a situación na que nos atopamos no momento presente.

Algúns autores din que o carácter xeneralista ou de *servicio universal* dos servicios sociais locais vai en detrimento da atención a minorías concretas ou grupos con problemáticas particulares (Castanyer, 1989; Barbero, 1995)²⁹ como é, especialmente, o das persoas discapacitadas por enfermidade mental, de maneira que un sistema de servicios sociais independente debe ser complementado coa presenza de profesionais do Traballo Social en institucións afíns que proporcionan unha base operativa estratéxica para a atención social (Kahn e Kamerman, 1987)³⁰.

Referíndose o desplazamento dos traballadores sociais dos equipos de saúde mental en Gran Bretaña, cara ós potentes departamentos de servicios sociais dos distritos, como consecuencia da Lei de Servicios Sociais do ano 72, Goldberg e Huxley sinalaron que *desafortunadamente cada unha das disciplinas depende de estruturas organizativas separadas ... A participación do traballo social non será efectiva se se fai de forma illada e se se organiza de forma separada do resto das disciplinas profesionais*.³¹

A Lei británica de Saúde Mental de 1983 implantou a formación especializada para os seus traballadores sociais de saúde mental. Consideramos de importancia que tamén en España se faga a **formación postgrado** destes profesionais, sobre todo desde que o vixente plan de estudos reducíu a materia de Saúde Mental a cuatrimestral e optativa.

Sen formación especializada e sen organización xerárquica a presenza dos traballadores sociais nos equipos psiquiátricos pode chegar a ser meramente testemuñal.

Pero, aínda no suposto da existencia dunha forte rede de atención social, a distinción entre atención social e sanitaria ten pouco sentido para persoas que traballan nos servicios sanitarios, que durante anos se deron conta que os problemas da Saúde Mental son consecuencia dunha interacción entre os

dominios *social e sanitario*. O tratamento e os coadados eficaces requiren, por tanto un só programa de intervencións que inclúa os dous compoñentes (Lavender, 1995)³².

Os servicios sociais non van ser, por si mesmos, a panacea para os problemas das persoas discapacitadas por causa psiquiátrica. As perspectivas non son optimistas. Os recursos sociais, co actual esgotamento financeiro das administracións do benestar social, non virán dados de *oficio*. Os técnicos deben toma-la iniciativa elaborando proxectos sociais, necesarios, viables, de gran eficiencia e eficacia social, ben articulados e referidos ó actual sistema competencial, para que poidan ser facilmente asumidos no nivel político de decisión. Cómpren tamén proxectos deste tipo para sacudir inercias profesionais, para experimenta-la súa mecánica e, sobre todo, para contribuír ó desenvolvemento do inexistente campo dos dispositivos de apoio social intermedio en Galicia.

Son os equipos de saúde mental territorializados, os que, analizando as necesidades sociais de cada zona, terán que captar e demanda-los recursos necesarios, tendo en conta a posible distinta natureza dos provedores, fundamentalmente Concellos e Asociacións: con eles terán que colaborar estreitamente. A comunicación fluída con estes posibles xestores, pode achegar beneficios asistenciais considerables.

Suxerimos a creación de foros locais, que reúnan a técnicos dos Servicios Sociais, da Saúde Mental, e representantes dos afectados, para aborda-los problemas.

6 ► Os recursos socio-comunitarios como fontes de apoio.

As persoas afectadas por enfermidades mentais severas precisan, ademáis da axuda dos profesionais, outra ampla gamma de apoios para permanecer con éxito (incluímos nesta idea a propia satisfacción) na comunidade. Canto maior é a súa incapacidade, máis cantidade de apoio van precisar e máis dificultades

²⁹Castanyer, M.: Trabajo Social y Salud Mental. in Revista de Servicios Sociales y Política Social. nº 13, pp 46-51. 1989.

Barbero, J.M.: El trabajo social como un conjunto integrado de procesos. in Revista de Treball Social. nº 138, pp 22-34. 1995.

³⁰ Kahn e Kamerman.: Los servicios sociales desde una perspectiva internacional. Siglo XXI Editores. Madrid, 1986.

³¹ Goldberg, D. e Huxley, P.: Enfermedad mental en la comunidad. p.181. Ed. Nieva. Madrid, 1990.

³² Lavender, T. et al.: Modelos de atención continuada. in Birchwood, M. et al.: El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. p.188 - 189. Ed. Ariel. Madrid, 1995.

presentarán para buscalo por si mesmos. Referímonos non só á cobertura das súas necesidades materiais senón, e sobre todo, ás necesidades emocionais.

Tanto se o proceso de rehabilitación se inicia no hospital psiquiátrico como se se inicia na propia comunidade, probablemente haberá desocialización a menos que exista apoio profesional e social adecuado para garantir que o paciente poida mante-las redes sociais existentes ou, cando sexa necesario, complementa-las redes existentes con servicios *ad hoc* (Bennett e Morris, 1990)³⁴.

Na intervención comunitaria -método tradicional do Traballo Social- a actuación profesional non ten lugar directamente sobre a persoa, senón de forma indirecta, a través do seu contorno social para que satisfaga en maior medida as súas necesidades psicosociais. Neste modelo, sinala Caplan, os profesionais da saúde mental teñen que detectar na poboación as *potencias naturais de carácter non profesional* e desenvolver formas de traballo contando con elas (Caplan, 1993)³⁴.

58 Iniciativa social e axudas informais, non deben entenderse substitutivas das políticas de protección de carácter público nin unha volta ás fórmulas do *laissez faire*, senón un complemento necesario da intervención pública, desde os modelos da intervención comunitaria nos Servicios Sociais (Bueno, 1992)³⁵. Neste sentido é como se contempla no Plan Concertado como tivemos ocasión de ver.

Ámbalas dúas provisións de apoio, profesional e non profesional, presentan diferencias cualitativas que explican a súa necesaria presenza simultánea. O apoio non profesional caracterízase pola identificación mutua, a proximidade persoal e a espontaneidade, fronte ó de carácter unidireccional aportado polos profesionais que non se basa na identificación senón na empatía, o distanciamento profesional e a utilización de técnicas de intervención estandarizadas (Caplan, 1993)³⁶.

Son moitos os contextos nos que pode surxi-lo apoio social, sobre todo na súa rede personal natural, parentes, veciños e amigos. A eles háselles proporcionar consello e asistencia para soste e reforza-la

súa dedicación e esforzos. Pero aquí referímonos máis particularmente ás asociacións, grupos de axuda mutua e voluntariado social (redes secundarias de solidariedade) como formas institucionalizadas máis coñecidas e visibles.

Asociacións de enfermos e achegados.

Entendemos as asociacións como *campo de potencialidades*, conxunto de dinámicas posibles, con probabilidades de ser construído (Rguez.-Villasante, 1993)³⁷. Referímonos ás súas funcións posibles, pero cada asociación, como persoa que é -xurídica- será o que ela mesma queira ser e en consecuencia pode poñer-lo acento nalgunha en particular ou excluír calquera delas. Cremos que no campo que nos ocupa todas son necesarias, complementarias e sinérxicas.

Dúas funcións teñen un carácter externo, a reivindicativa e a de sensibilización social e dúas carácter interno, a de axuda mutua e a de creación de servizos para os seus membros.

Respecto das **función externas**, as asociacións de enfermos e achegados permiten vehiculiza-la palabra dos afectados. É preciso favorece-la creación de asociacións como medio de darlles forza social e influencia política; só a demanda social fará que os representantes políticos acheguen atención e recursos a este sector. Ademais, pola propia ubicación dentro do tecido social, poden representar un papel importante na modificación de actitudes e na supresión de barreiras ambientais. O seu papel é imprescindible se queremos aproximarnos a ese ideal utópico de *comunidade co-dadora* descrita por Wing como aquela na que a reacción social non empeora o problema das persoas que sofren trastornos primarios (Wing, 1994).³⁸

En canto ás **funcións internas**, a súa existencia amplía as redes sociais e favorece as relacións interpersoais. Con frecuencia xurden no seu seo **grupos de autoaxuda e axuda mutua**, reunións de persoas co mesmo problema; o grupo capacita e fortalece ós seus membros, ofrece intercambio de información, de experiencias, favorece a identidade e é unha pode-

³⁴ Bennett, D. e Morris, I.: Apoyo y rehabilitación en Rehabilitación psiquiátrica. p.226. Ed. Noriega, 1990.

³⁵ Caplan, G.: Aspectos preventivos en salud mental. Ed. Paidós Ibérica, Barcelona, 1993.

³⁶ Bueno Abad, J.R.: Los Servicios sociales como sistema de protección social. p.127. Valencia, 1992.

³⁷ Caplan G.: op. cit.

Rguez.-Villasante Prieto, T.: Los retos del asociacionismo. Rev. Documentación Social, nº 94, pp 9-21. 1993.

³⁸ Wing, J.K. Los aspectos sociales de la esquizofrenia. Triángulo, nº 32. pp 39-44. 1994.

rosa panca para saír do illamento que con frecuencia afecta tanto ós enfermos como ás súas familias³⁹.

O potencial labor das asociacións inclúe tamén a creación de servizos: clubs sociais, talleres ocupacionais, empresas de emprego, actividades de ocio, promoción do voluntariado ou calquera outro.

Desde esta óptica son instrumentos que captan directamente recursos públicos para os seus fins, e que os aproveitan de forma óptima, con criterios sociais e non lucrativos. No ano 1995 as transferencias ás Asociacións desde a Dirección Xeral de Servizos Sociais foron de 28.703.122 pts, e as das Diputacións Provinciais, 3.250.000 pts tamén en concepto de Servizos Sociais⁴⁰.

As administracións sociais apostan, neste momento de crise do Estado do Benestar, por esta vía para a prestación dos seus servizos. O *Estado Benefactor* evolucionou a *Estado Animador* da sociedade civil. Quedou obsoleto o esquema Estado-Mercado como forma de resposta ás necesidades sociais. A iniciativa social na produción de servizos representa unha *Terceira Vía* entre o Estado e o Mercado no que se ven chamando pluralismo do benestar. Creemos que en moi poucos anos terá un desenvolvemento considerable no noso país.

A Administración non debería prevalecerse das necesidades directamente sentidas polos familiares para crear servizos con presupostos insuficientes, sen ter en conta a calidade dos mesmos. Tampouco as transferencias dinerarias deben afogar unha das funcións primixenias do movemento asociativo como é a reivindicativa, testemuñal e de esixencia fronte á Administración.

As asociacións en Galicia están experimentando unha medra considerable: só nos dous últimos anos pasaron de seren 3 a 9. A recente federación debería ser unha axuda. Aínda así o proceso asociativo é sumamente débil e precisa de consolidación. Abonda cun dato para comparar: o número de

Asociacións de Deficientes Psíquicos é de 30.

As realizacións das tres asociacións máis veteranas, APEM (A Coruña), LAR (Vilagarcía) e DOA (Vigo) son significativas no ámbito galego. Todas elas manteñen talleres ocupacionais, comedores, clubs sociais e outras actividades do tempo de lecer, sensibilización comunitaria, etc. servizos inexistentes alí onde non foron creados polas asociacións.

A práctica indica que unha porcentaxe alta de asociacións son promovidas por profesionais que lles dan un apoio forte ó principio para logo relegarse a un segundo plano, estando sempre disponibles cando sexan requiridos.

Poden recibir axudas para a dotación e mantemento das súas estruturas e desenvolvemento de programas, non só dende a Administración Autonómica (Sanitaria, Servizos Sociais, Educación, Traballo, etc.), senón tamén da Administración Central e da Unión Europea (ex. Proxecto Horizon).

Voluntariado social.

Os **voluntarios** son persoas que se comprometen, en labores de apoio e colaboración con outras persoas e grupos sen recibir remuneración de tipo económico ou material⁴¹. Nos últimos anos o fenómeno do voluntariado, experimentou un incremento considerable en España, e foi obxecto de regulación legal co obxecto de promoverlo, impulsalo e protexelo⁴².

O concepto moderno de voluntariado ten o seu fundamento no dereito dos cidadáns a participaren na vida social e, particularmente, nos servizos sociais⁴³. Na súa regulación, contémpase só o voluntariado organizado, excluíndose as accións illadas realizadas por razóns de amizade, benevolencia ou boa vecindade.

¿Pódese axudar a que unha persoa aillada faga amigos? preguntánselle Birley e Hudson (1990)⁴⁴. Recoñecen que o enfoque da capacitación en habili-

³⁹ Evens, A.: Localizing Support Structures for Community Health Projects, citado por F. Roca - J.R. Villalbí en El papel del trabajador Social en los Grupos de Ayuda Mutua, Actas do 7º Congreso Estatal de Diplomados en Traballo Social e Asistentes Sociais. Barcelona, decembro, 1992.

⁴⁰ A Coruña 2.500.000 pts, Ourense 500.000 pts e Pontevedra 250.000 pts

⁴¹ María Isabel Grandal Nores, no seu libro sobre o tema aporta reflexións persoais e pautas metodolóxicas de extraordinario interese para o traballo con voluntarios. (Grandal Nores, M. I.: Voluntariado Social y Servicios Sociales. pp. 68 e 69. ed. Colexio Oficial de Diplomados en Traballo Social. Santiago de Compostela, 1994).

⁴² Cortes Españolas: Lei 6/1996 de 15 de xaneiro, del Voluntariado. En Galicia regúlase no Capítulo segundo do Título cuarto da Lei 4/93, do 14 de abril de Servizos Sociais (LSSG).

⁴³ Constitución Española, art. 9.2. Carta Social Europea, art. 12.

⁴⁴ Birley, J. e Hudson, B.: La familia, red social y rehabilitación. in Rehabilitación psiquiátrica. p.201. Ed. Noriega, 1990.

dades sociais non resulta eficaz, polo que respecta ás relacións interpersoais, máis aló dun nivel superficial. Depende polo tanto, do que o resto da xente faga. Compre motivar a outras persoas a que brinden o seu tempo e atención: os voluntarios poden facelo.

Paradigma do voluntariado social en Saúde Mental podería se-lo movemento de amizade de Tampere, cidade finlandesa de cerca de 200.000 habitantes. De tódolos voluntarios en Saúde Mental, oitenta e seis funcionan como amigos individuais de persoas con esquizofrenia. Este grupo de voluntarios recibe supervisión cada luns pola noite porque "lles resulta moi difícil ser amigos"⁴⁵.

Máis cerca, na cidade de Santiago, a *Asociación Fonte da Virxe de Familiares e Amigos dos Enfermos Mentais* promove a participación de estudantes universitarios nas súas actividades colaborando como amigos e colaboradores nos campamentos de verán, excursións, magostos, taller de manualidades dos sábados, ou nos cursos de fotografía e cerámica.

Igualmente son voluntarios os profesores da Aula de Educación de Adultos que, organizada desde a Unidade de Readaptación Psicosocial do Hospital de Conxo, ten lugar no Centro Sociocultural do barrio onde se ubica o Hospital.

Os voluntarios representan un contributo importante para lograr unha maior participación e integración social (proceso necesariamente recíproco e bidireccional) das persoas con discapacidade derivada de enfermidade mental.

Os autores citados indican que, se ben hai pouca investigación polo momento sobre o contributo real ou potencial dos voluntarios en saúde mental, é un campo que levanta entusiasmo e os resultados de avaliación da investigación deica o momento son prometedores.

7 ► As necesidades e os recursos sociais neste campo de actuación

Despois de varias décadas de asistencia psiquiátrica de orientación comunitaria, están ben per-

filados os servizos necesarios para cubri-las necesidades dos enfermos mentais severos na comunidade.

Desenvolvemos aquí os que lle competen de forma máis directa á administración de Servizos Sociais dacordo co marco legal visto. A nosa experiencia indícanos que se ben existen programas sociais de gran interese (familias acolledoras, servizo de axuda no fogar...), non lles chegan de feito, salvo as prestacións económicas, ós enfermos mentais. Non é posible dar cifras porque os rexistros de Servizos Sociais refírense ás súas áreas de actuación e non discriminan ós usuarios que padecen trastornos mentais severos.

As causas deste fenómeno poden ser de diversa índole, a escasa dotación presupostaria dos programas, a falla de asunción deste colectivo como beneficiario dos servizos sociais, o aillamento dos traballadores sociais psiquiátricos respecto da rede de servizos sociais, a falla de organización xerarquizada dos traballadores sociais psiquiátricos para que deseñen ou vehiculen programas de servizos sociais no ámbito psiquiátrico (aproximación ó que sería o modelo do Quebec), a falla de operativización das indicacións do Decreto de Saúde Mental sobre a coordinación e apoio ós servizos sociais etc., e deberían ser obxecto dunha reflexión máis profunda.

Necesidade de apoio ás familias

Son moitos os estudos sobre o impacto, a carga familiar, que ocasiona a presenza dun enfermo mental crónico na familia, tanto en termos de custos emocionais e de saúde como económicos (Gibbons, Horn, Powell, 1984)⁴⁶. Os limitados recursos, persoal e servizos destinados ós enfermos mentais, forzan ás familias a adoptar funcións asistenciais, sen que poidan decidir elas o seu grao de participación na atención do parente enfermo (Lieberman, 1991)⁴⁷.

A asistencia familiar, por máis conveniente e desexable que pareza, tanto desde un plano técnico como humano, comporta o sacrificio de ilusións e de liberdade para os outros membros da familia. O dilema entre liberdade individual e solidariedade é difícil de resolver.

⁴⁵ Datos expostos polo Dr. Anttinen na súa conferencia do seminario La rehabilitación del enfermo mental crónico. Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Sevilla, 1990.

⁴⁶ Gibbons, J.; Horn, S.; Powell, J.: Schizophrenics patients and their families. A survey in a Psychiatric service based on a DGH. in Unit. British Journal of Psychiatry. nº 144, pp 70-77. 1984.

⁴⁷ Lieberman, R.P.: Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques. p.187. Masson. París, 1991.

A LSSG no artigo 7 marca como un dos obxectivos dos servizos sociais de atención primaria o da integración e permanencia no medio familiar. Seguidamente, e de forma mesurada, limita este principio xeral de actuación, mentres que esta sexa desexada e conveniente.

A familia que acepta ou soporta esta carga debe estar apoiada polos equipos de Saúde Mental a quen, pola súa especialización, lles corresponde ofrece-la axuda para afrontar-la enfermidade mental no seu seo. Existen técnicas de tratamentos familiares que demostraron seren eficaces mesmo na dismución das recaídas de pacientes psicóticos, e que son tamén obxecto de atención neste libro.

Tamén os profesionais dos servizos sociais poden aliviar-la carga familiar mediante o apoio emocional, a información de recursos, a mediación coas institucións, facilitando medios e iniciativas ó paciente e á familia, facilitando a integración social a través da dispoñibilidade de recursos comunitarios (centros culturais, talleres ocupacionais, incorporación a cursos de formación, etc.), intervindo na corrección de actitudes sociais marxadoras, etc.

A coordinación, traballo de rede entre os profesionais de ámbolos dous sistemas, optimizará o resultado das súas intervencións.

Sinalamos dous programas de particular interese:

- **Servicio de axuda no fogar.** Este servizo ten unha considerable implantación en Galicia, xa que, con maior ou menor desenvolvemento, funciona en 234 concellos⁴⁸. É xestionado polos concellos, e cada un ten a súa propia reglamentación que inclúe, entre outras cousas, o carácter gratuíto ou non do mesmo. Este programa pode representar un apoio eficaz en diversas circunstancias: pacientes que viven sós, con pais anciáns ou con familiares con horarios laborais extensos.

Cómpre desenvolver formas de traballo conxunto cos responsables do programa en cada conce-

llo, tanto para facer un especial seguimento dos casos, como para dar apoio ó persoal que traballa máis directamente cos usuarios, no manexo de ansiedades e situacións complexas que ás veces presentan os enfermos⁴⁹. A necesidade do asesoramento sobre como convivir coas persoas que padecen esquizofrenia é aplicable tamén a este caso. Unha colaboración estreita, faría esvaecer resistencias que con frecuencia atopamos, sobre todo nas áreas urbanas, a implementa-lo servizo para estas persoas.

Esta prestación acaba de ser regulada desde a Administración Autonómica⁵⁰ co fin de homoxeneizar a súa regulamentación polos concellos.

A orde que a regula designa como obxecto prioritario de atención *aqueles cidadáns que pola súas eivas mentais teñan limitada a súa autonomía persoal e capacidade de relación*, e sinala como pauta de actuación a coordinación cos profesionais doutros servizos de protección social (por exemplo, sanitarios).

En todo caso, en ningunha circunstancia é admisible a exclusión a priori dos enfermos mentais, como sabemos que ocorre nalgúns dos concellos máis importantes de Galicia, conculcando o dereito á igualdade e á equidade no acceso ós recursos sociais. Cremos que hai que potencia-lo programa, tanto cuantitativa (maior dotación presupostaria) como cualitativamente, fomentando convenios de colaboración cos equipos de Saúde Mental, ou facendo, subprogramas específicos. Na actualidade en moitos concellos están bloqueados polas listas de espera.

- **Servicio de respiro familiar.** Este servizo, de denominación suficientemente expresiva, pretende resolver-lo problema dos momentos nos que as familias non poidan atender temporalmente á persoa enferma, por diversas circunstancias (viaxes, traslados, acontecementos familiares, enfermidades, etc.), ou para asegurarlle períodos de descanso temporal que contrarresten a fatiga e conserven a fortaleza da familia (estrés familiar). Está pouco extendido en Galicia.

A Asociación *Fonte da Virxe* de Familiares e

⁴⁸ Memoria da Dirección Xeral de Servizos Sociais. 1994.

⁴⁹ Relataba o responsable dun servizo de Axuda a Domicilio a seguinte anécdota:

O traballador social do concello solicitou o servizo para unha veciña que vivía soa. Probablemente tal demanda lla plantexara ó concello un equipo de saúde mental. A traballadora social do Servizo de Axuda a domicilio desprazouse ata a vivenda da señora para face-la valoración do caso. A señora, que se atopaba soa, recibíuna con ameazas porque consideraba que era unha espía dunha rede que vixiaba os seus pasos. A traballadora social permaneceu retida durante case dúas horas por ela. Denegóuselle o servizo en tanto non recibiran o adecuado apoio dos profesionais de saúde mental.

⁵⁰ Orde do 22 de xullo de 1996 pola que se regula o Servizo de Axuda no Fogar. (DOG, 21- agosto -1996)

Amigos dos Enfermos Mentais de Santiago organiza anualmente varios campamentos para mocidade afectada de psicose ós que lles dá, tamén, esta orientación de descanso familiar.

Os servizos de rehabilitación ubicados nos hospitais psiquiátricos deberían contemplalo entre a súa oferta de servizos á comunidade.

Necesidade de recursos de aloxamento

Necesaríos en ausencia de familia, ou en determinadas circunstancias nas que a familia non pode acolle-lo familiar enfermo; pais anciáns, enfermos ou institucionalizados, emigración, familias que non representan axuda e protección para a persoa ou pacientes con trastornos conductuais graves que impiden a convivencia no seo familiar, etc., e nas que os programas de apoio á convivencia familiar son insuficientes. Remitimos neste tema ó capítulo correspondente do presente libro.

En ocasións atopámonos con pacientes propietarios de vivendas rurais, xeralmente en mal estado de conservación. Estas vivendas poden ser unha excelente alternativa, para un grupo de amigos con problemas psiquiátricos. Existen programas para a rehabilitación e reconstrución de vivendas rurais que poden cubrir unha parte considerable dos gastos do arranxo⁵¹.

O Programa de Familia de Acollida⁵² da Dirección Xeral de Servizos Sociais, ofrece posibilidades como alternativa á institucionalización que, deica o de agora, están sen explorar dende Saúde Mental. En Galicia beneficianse deste programa, sobre todo, anciáns. Isto non significa a exclusión de ningunha persoa que cumpra os requisitos esixidos para ser beneficiario (ancianidade ou minusvalía). O estigma social dos pacientes psiquiátricos é un obstáculo para encontrar familias acolledoras,

pero non téñen porque ser insalvable se se lle dá o adecuado tratamento técnico: campañas específicas do programa, incentivos nas retribucións económicas, garantías do seguimento da persoa acollida e servizos de respiro.

Necesidade de recursos económicos

Os usuarios dos servizos de rehabilitación, como persoas que presentan minusvalías ou invalideces para o traballo ou a obtención de rendas, teñen dereito a prestacións *económicas* que suplan os ingresos deixados de percibir debido a esa invalidez. Os recursos económicos así xerados son un apoio fundamental de carácter material, sinalado unanimemente como prioritario polos propios usuarios dos servizos de rehabilitación.

Tales prestacións son as **pensións da Seguridade Social**, nos seus dous réximes, contributivo e non contributivo⁵³. Quen accede ás pensións non contributivas, adquire simultaneamente o dereito á protección sanitaria e ós servizos sociais da Seguridade Social en pé de igualdade cos beneficiarios do réxime contributivo.

Ámbolos dous tipos de pensión, salvo variación de circunstancias, teñen carácter indefinido, se ben son varias as diferenzas entre eles:

Nas contributivas son requisitos fundamentais a existencia da invalidez no grao requerido para cada tipo de pensión (total, absoluta e gran invalidez), recoñecida polas Unidades de Valoración Médica de Incapacidades dependentes do Sergas⁵⁴, e ter cubertos os prazos de cotización preceptivos.

Nas **non contributivas**, ademais de chegar a un grao de minusvalía igual ou superior ó 65%, recoñecido polos Equipos de Valoración e Orientación (EVOS) dependentes das Delegacións Provinciais da Consellería de Sanidade e Servizos Sociais⁵⁵, esíxe-

⁵¹ Estes programas son xestionados a través do Instituto Galego da Vivenda e Solo e das Delegacións Provinciais da Consellería de Política Territorial, Medio Ambiente e Vivenda.

⁵² Decreto 225/1994 de 7 de xullo, polo que se establece o programa de acollemento familiar para persoas maiores e minusválidos. (DOG nº 141, 22- xullo- 1994)

⁵³ O réxime das prestacións non contributivas foi implantado en España a través da lei 26/1990 de 20 de decembro, substituída polo Real Decreto Lexislativo 1/1994 do 20 de xuño polo que se aproba o texto refundido da Lei Xeral da Seguridade Social. O Real Decreto 357/1991 do 15 de marzo, desenvolve, en materia de pensións non contributivas, a Lei 26/1990 do 20 de decembro.

Esta lei produciu unha auténtica ruptura co principio ordenador da Seguridade Social baseado na exclusiva protección da poboación economicamente activa, ó estende-las pensións de xubilación, invalidez e as prestacións económicas por fillo a cargo a tódolos cidadáns. Introduciu elementos de universalidade no sistema e variou o cadro preexistente da protección por discapacidade.

⁵⁴ Antes INSALUD.

⁵⁵ Antes INSERSO.

selle ó solicitante, se vive só, ou á unidade familiar á que pertence, que non supere un determinado nivel de renda é dicir, requírese a proba da necesidade económica. Outra importante distinción é o *carácter diferencial* destas últimas: As pensións non contributivas teñen como finalidade asegurar un determinado nivel de renda por debaixo do cal considérase pobreza (pobreza legal). Polo tanto, no caso de dispoñer-lo solicitante de algúns ingresos, inferiores á contía mesma da pensión (senón xa non tería dereito á mesma), a contía recoñecida como dereito será a diferenza entre eses ingresos e a contía total da pensión establecida para o ano en curso. Outro requisito esixido é un tempo de residencia no territorio español que sexa igual ou superior a cinco anos.

Característica común a ámbalas dúas (salvo invalidez permanente absoluta do rexime contributivo e orfandade absoluta, compatible coa prestación por fillo a cargo) é a súa radical insuficiencia para outorgarles autonomía económica ás persoas con discapacidade mental que viven fora do contexto familiar.

Neste momento está en trámite no Parlamento Español unha Proposición de Lei pola cal os traballadores minusválidos que tiveran dereito á pensión non contributiva antes de comenza-la vida laboral (por conta allea ou por conta propia), recuperarán de forma automática, cando deixen de traballar, as prestacións que percibían⁵⁶. Esta medida flexibilizará considerablemente o sistema actual e favorecerá a inserción laboral de persoas que nalgún momento non aproveitaban ocasións de emprego por temor a perder-lo seu dereito á pensión. Se é aprobada a Proposición de Lei aludida, non existirá este problema respecto das pensións non contributivas.

Prestación de natureza completamente diferente é a **Renda de Integración Social de Galicia**⁵⁷(RISGA). Esta non trata, como as anteriores, de suplir-las ingresos deixados de percibir pola incapacidade para o traballo, senón que naceu, xunto con outras medidas, como un instrumento de loita contra a pobreza: A súa finalidade é garantir un ingreso mínimo de supervivencia, pero en función de situacións de pobreza e non de invalidez ou minusvalía.

É incompatible coa percepción de pensións, e a súa concesión é revisable anualmente.

As persoas que se acollen á RISGA comprométese nun Proxecto de Inserción que conleva a realización de actividades diversas, de carácter laboral, educativo, ocupacional, sanitario, etc., para promover-la súa integración social e laboral. Concebida a pobreza non exclusivamente como insuficiencia de recursos económicos, senón carencia en múltiples ámbitos: educación, saúde, capacidade de emprego, vivenda, illamento social, os Proxectos de Inserción deben atacar tamén esoutras formas nas que a pobreza se manifesta ou que se atopan na súa propia orixe.

Non debe ser considerada, por tanto, como subsidio ou pensión senón como un apoio económico, reforzo a un proceso de integración. A prestación ten un claro carácter instrumental respecto do proceso de axuda á integración, que inclúe a cobertura das necesidades sociais xunto co desenvolvemento da autonomía dos beneficiarios.

A insuficiencia dos presupostos destinados á RISGA así como os restrictivos requisitos para acceder a ela, non a invalidan como un importante avance nas políticas de protección social.

Trátase dun programa que pode ser de interese para pacientes que conservan capacidades para o traballo, se se aplica coordinadamente entre os profesionais dos Servicios Sociais e os de Saúde Mental. No caso de situacións de pobreza, procede propoñer-la Risga, antes que aconsellar precocemente a solicitude de pensión, que pode condicionar negativamente o futuro laboral dunha persoa.

Necesidade de recursos para o tempo de lecer

A riqueza en relacións interpersoais é un factor de primeira orde para marcar un pronóstico mais ou menos favorable das psicoses e da conseguinte recuperación. A recuperación implica dar un novo significado á vida, novos intereses e metas a pesar dos efectos catastróficos da enfermidade (Anthony, 1993)⁵⁸. Os enfermos mentais teñen que superar,

⁵⁶ Proposición de Lei do Grupo Socialista do Congreso dos Diputados presentada o 27-3-1996 ante a Mesa do Congreso.

⁵⁷ Lei Galega 9/91 de 2 de outubro, de Medidas Básicas para a Reinserción Social. Decreto 374/ 1991 de 24 de Outubro (DOG n° 214 de 5/11/1991).

⁵⁸ Anthony, W.C.: La recuperación de la enfermedad mental: una visión que guía el sistema de los servicios de salud mental en los años 90. in Psychosocial Rehabilitation Journal. Vol.16, n° 4, pp 13-23. 1993

ademais da enfermidade en si mesma e os seus síntomas, o estigma incorporado á súa persoa, os efectos iatroxénicos dos lugares de tratamento, a falta de oportunidades para a autodeterminación, o desemprego, os sonhos destruídos, etc. Un elemento común da recuperación é a presenza de persoas que crean en quen necesita recuperarse.

Este proceso pode ser facilitado polos servizos públicos de atención, pero, sobre todo, pola axuda da súa rede natural, organizacións ou actividades que non estean relacionadas coa Saúde Mental, como clubs, grupos de axuda mutua, educación de adultos, grupos relixiosos, etc.

Os **clubs sociais** son lugares de encontro e esparcemento, que se caracterizan por teren actividades pouco regradas e non profesionalizadas. Poden chegar a ter unha importante función no fortalecemento da autoestima e da motivación, e favorecer un mellor axuste social se neles se crea a atmosfera adecuada.

Trátase dun dispositivo eminentemente urbán, xa que a diseminación da poboación non permite o seu implantamento en zonas rurais, e tamén probablemente alí non sexan tan útiles: unha persoa que presente discapacidade derivada dun trastorno psicótico, que viva nunha aldea, se o contorno, familia e veciños están preparados, ten facilidade para ocuparse e relacionarse participando nos labores agrarios ou mariñeiros. Pero nas cidades, e especialmente nas que hai un Hospital Psiquiátrico, nas que se constata unha prevalencia máis alta de pacientes debido á forza centrípeta que o Hospital tende a exercer⁵⁹, resulta un recurso social de moito interés. Debido á versatilidade que o caracteriza fronte a outros posibles escenarios (taller, hospital) pode adaptarse ben ás necesidades de cada un dos usuarios.

As actividades posibles no club son moi variadas, dende ser un simple lugar onde ir tomar un café e charlar, ata actividades de animación sociocultural, deportivas, educación de adultos, cursos de formación profesional ou ocupacional, etc. O club debe buscar, cara adentro, a maior implicación posible dos

usuarios e, cara afora, o arraizamento no tecido social da cidade a través da incorporación de voluntarios e a coordinación con outras institucións similares.

A posta en marcha dun club social non require unha gran complexidade técnica. Esta característica, xunto co seu papel alleo ós circuitos profesionais, faino moi propio para ser iniciativa de asociacións de usuarios e familiares. Os que funcionan en Galicia, excepto os dos H.Psiquiátricos, dependen delas.

Nalgunhas cabeceiras de comarca ou capitais de concello foron creadas **centros de servizos sociais**, dirixidos a toda a poboación, que desenvolven actividades ocupacionais, recreativas e formativas. Favorecen a integración social dos enfermos psíquicos se as persoas que coordinan estes centros se empeñan nesta tarefa: O colectivo que nos ocupa ten moita máis facilidade para illarse que para integrarse, por eso é necesaria unha actitude activa. Esta actitude ten que ver coa relación de colaboración previamente establecida polos equipos de Saúde Mental con eses centros⁶⁰.

Clubs sociais, grupos de autoaxuda, vivendas tuteladas, xunto coa capacitación para o traballo e para a vida independente, son considerados pola OMS **tratamentos sociais esenciais** para persoas con minusvalías derivadas de enfermidade mental.

Necesidade de protección xurídica. Defensa dos dereitos.

A atención dos afectados por enfermidades mentais esixe, con frecuencia, ademais do coidado da súa persoa, proporcionar custodia dos seus documentos persoais, xestión dos seus dereitos sociais, axuda na administración dos seus bens, etc. En cada caso particular é preciso determinar se o enfermo está plenamente capacitado para rexer-la súa persoa e bens, para non corre-lo risco de supli-la súa vontade orixinando situacións de inseguridade xurídica nas que facilmente poden ser violentados os seus dereitos.

O ordenamento xurídico outórgalle ó xuíz a función de declara-la incapacitación total ou parcial

⁵⁹ Os pacientes que perderon o seu entramado social de referencia, van quedando cerca do hospital que lles ofrece apoio (centro de día, asesoramento, apoio á integración laboral, etc). Aloxados en pensións ou vivendas tuteladas, presentan, así e todo, unha integración social deficiente.

⁶⁰ O centro social de barrio Aurelio Aguirre de Conxo (Santiago) acolle nas súas instalacións as aulas de Educación de Adultos organizadas dende a Unidade de Readaptación Psicosocial do Hospital de Conxo e o do barrio de Vite acolle o taller de manualidades e o curso de fotografía promovidos pola Asociación Fonte da Virxe de Familiares e Amigos dos Enfermos Mentais.

dunha persoa, así como o nomeamento de titor ou curador e o posterior control da función tutelar. Convén advertir que tan prexudicial resulta para o enfermo mental unha utilización mecanicista do instrumento de incapacitación, como a súa non utilización, debidamente graduada, cando fora necesaria⁶¹.

A Lei de Tutela de 1983⁶² establece unha orde de chamamentos a familiares para o exercicio da tutela e da curatela. En ausencia destes ou cando non se atopen nas condicións idóneas para exercerlas, correspóndelle a provisión dos mecanismos de tutela, curatela e defensa xudicial ós Departamentos de Servicios Sociais das Administracións Autonómicas.

As fórmulas adoptadas por estas son diferentes, e van dende a asunción directa das tutelas por un órgano dependente da Administración e creado para o caso, como en Madrid⁶³, ata o fomento de asociacións privadas ou fundacións tutelares que prevean esa función, como en Andalucía. En Galicia, tramítase a constitución polas Consellerías de Sanidade e Servicios Sociais e a de Familia, Muller e Xuventude, **la Fundación Galega para a Tutela de Adultos**. Tal organización fundacional, pública, ten entre os seus obxectos *a realización de accións encamiñadas a promover a capacidade dos adultos tutelados, facilitando recursos para a súa mellor inserción na sociedade*.

A Fundación poderá exercer ela directamente as súas funcións ou suscribir convenios ou contratos con persoas físicas ou xurídicas, públicas ou privadas que se dediquen a idénticos ou similares fins. Existen tamén outras fundacións tutelares de carácter privado, e ámbito galego, como *Sálvora* en Vigo.

Calquera persoa está facultada para poñer en coñecemento do Ministerio Fiscal os feitos que puideran ser determinantes de incapacitación; autoridades e funcionarios teñen, ademais, o deber de facelo; pero a Lei de Tutela introduce a posibilidade de reversión da declaración de incapacitación, polo tanto, unha vez declarada esta, sobrevidas novas circunstancias, é dicir, se o paciente mellora e recupera a capacidade de autogoberno, debe instarse unha nova declaración que deixe sen efecto ou reduza o alcance da incapacitación xa establecida.

Igualmente se debe poñer en coñecemento do Ministerio Fiscal o caso do tutor, persoa física ou xurídica, que non fixese un correcto correcto exercicio da función tutelar.

7 ► Prospectivas e perspectivas

Os esforzos dispersos dos equipos de saúde mental en desenvolver recursos na comunidade serán estériles se non hai unha institución ou organismo de referencia en instancias administrativas superiores que lles dea respaldo, cohesión e impulso e se non forman parte dunha planificación previa. Creemos necesaria a existencia dunha institución, órgano xerencial que teña como finalidade única o desenvolvemento e integración dunha rede apoios completa para os enfermos mentais máis graves, que refórce a Reforma Psiquiátrica e que evite o desamparo de persoas que non teñen xa dereito ó Hospital Psiquiátrico pero tampouco a ningunha alternativa.

Algunhas Comunidade Autónomas, como Aragón e Andalucía, optaron pola figura da Fundación que posibilita a participación conxunta dos distintos departamentos administrativos (facenda, traballo, servicios sociais, sanidade), asociacións cidadáns e organizacións non gubernamentais interesadas na reinserción do enfermo mental.

En Galicia está por ve-lo xogo que pode da-lo **Programa de Atención Sociosanitaria**, posto en marcha recentemente pola Consellería de Sanidade e Servicios Sociais⁶⁴; esperemos que a amplitude do seu ámbito material de actuación, maior que o da rehabilitación psiquiátrica, non faga que sigan sendo os enfermos mentais máis graves, unha vez máis, viaxeiros no furgón de cola das prioridades dos administradores.

A función de *tutelar* polo sector á que nos referimos, pode efectuarse con fórmulas organizativas diferentes, o importante é a vontade política de levala a cabo, vontade inexistente se nos atemos ó ritmo de desenvolvemento do Decreto de Saúde Mental ou mesmo ó seu incumprimento, como é o caso, por

Defensor del Pueblo: Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. Madrid, 1991.

Cortes Españolas: Lei 13/1983 de 24 de outubro, de reforma del Código Civil en materia de Tutela.

O Decreto 93/1990 de 4 de outubro da Comunidade Autónoma de Madrid, creou a Comisión de Tutela y Defensa Judicial de Adultos. Decreto 63/1996, do 15 de febreiro, polo que se establece a estrutura orgánica dos servicios centrais da Consellería de Sanidade e Servicios Sociais.

exemplo da Disposición Transitoria Terceira que ordenaba a **definición de plans funcionais** nas distintas áreas sanitarias así como a regulación e **adaptación das estruturas de coordinación** no prazo dun ano desde a súa entrada en vigor.

Tal institución debería:

- 1.- Establece-las bases dun **plan plurianual** de desenvolvemento de recursos de apoio social estruturado (estudio de necesidades, tipificación de recursos, criterios de distribución territorial, vías de financiación e mecanismos de avaliación) atendendo tanto ás necesidades xa enumeradas como outras de tipo ocupacional-prelaboral, apoio á inserción laboral, creación de emprego, etc., co fin de dotar a todo o territorio dos equipamentos necesarios.
 - 2.- Concita-la vontade das distintas administracións para que se destinen partidas presupostarias a desenvolver servicios alternativos á institucionalización psiquiátrica.
 - 3.- Operativiza-los mandatos que se fan dende a normativa vixente, tanto sobre a **coordinación** como sobre a **formación** ou a **docencia**.
 - 66 4.- Crear e fomentar **programas específicos** que se adecúen ás necesidades recoñecidas unanimemente polos profesionais da Saúde Mental, tales como: Atención domiciliaria, acollemento familiar, residencias supervisadas, estancias temporais para descanso familiar, centros de atención diurna, complemento económico que favoreza a desinstitucionalización e apoio ás asociacións de familiares pola función social que están chamadas a desenvolver e porque teñen un desenvolvemento aínda moi incipiente en Galicia.
- Trátase de xerar maior inversión, xeralizar o dispositivo comunitario con recursos novos e diversificados e, simultaneamente, de promove-la competencia, a motivación e o compromiso dos equipos humanos, únicos instrumentos capaces de xerar procesos de rehabilitación.

► Bibliografía

- AGUILAR LÓPEZ, M.: Comunicación nas VI Xornadas de Servicios Sociais no Medio Rural. Lugo, 1995.
- ANTHONY, W.C.: La recuperación de la enfermedad mental: una visión que guía el sistema de los servicios de salud mental en los años 90. in Psychosocial Rehabilitation Journal, Vol.16. 1993.
- APARICIO BASAURI: Rehabilitación e integración: una cuestión aberta. in Informaciones psiquiátricas nº 31.
- BENNETT, D. e MORRIS, I.: Apoyo y rehabilitación. in Rehabilitación psiquiátrica. Ed. Noriega, 1990.
- BIRCHWOOD, M. et al.: El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Editorial Ariel. Madrid, 1995.
- BUENO ABAD, J.R.: Los Servicios sociales como sistema de protección social. Valencia, 1992.
- CAGIAO VILA, M.J.: Centros municipales de servicios sociales en Galicia: La ausencia de un modelo. in 1º Congreso Nacional sobre Sistema Público de Servicios Sociales en la Administración Local. A Coruña, 1994.
- COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID: Decreto 93/1990 de 4 de outubro (creación de la Comisión de Tutela y Defensa Judicial de Adultos).
- CONSELLO DE EUROPA: Carta Social Europea. 1967.
- CORTES ESPAÑOLAS: Constitución Española. 1978.
- CORTES ESPAÑOLAS: Lei 3/1986 de 25 de abril, Xeral de Sanidade.
- CORTES ESPAÑOLAS: Lei 13/1983 de reforma do Código Civil en materia de Tutela.
- CORTES ESPAÑOLAS: Lei 6/1996 de 15 de xaneiro, do Voluntariado.
- DEFENSOR DEL PUEBLO: Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. Madrid, 1991.
- DESVIAT, M.: Desinstitucionalización: Programas alternativos. in Rev. Psiquiatría Pública. Vol.1, nº 2.
- GARCÍA HERRERO, G. e RAMÍREZ NAVARRO, J.M.: Los nuevos Servicios Sociales. Síntesis de conceptos y evolución. Ed. Librería Certeza. Zaragoza, 1992.
- GARCÍA ROCA, J.: Modelos de Servicios Sociales y lucha contra la marginación. in Rev. Documentación Social. nº 64. Madrid, 1986.
- GOLDBERG, D. e HUXLEY, P.: Enfermedad mental en la comunidad. Ediciones Nieva. Madrid, 1990.
- GRANDAL NORES, M. I.: Voluntariado Social y Servicios Sociales. ed. Colexio Oficial de

Diplomados en Trabajo Social. Santiago de Compostela, 1994.

- HUXLEY, P. e GOLDBERG, D.: Enfermedad mental en la comunidad. Ediciones Nieva. Madrid, 1990.

- LAVENDER, T. et al.: Modelos de atención continuada. in Birchwood, 1995.

- LIBERMAN, R.P.: Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques. ed. Masson. París, 1991 (edición española: ed. Martínez Roca. Barcelona, 1993).

- MESINOV, G.B.: Normalisation and its relevance today. in Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 20, nº 3. 1990

- PARLAMENTO DE GALICIA: Lei 9/1991 do 2 de outubro, de Medidas Básicas para a Reinserción Social.

- PARLAMENTO DE GALICIA: Lei 11/1991, do 8 de novembro, do réxime das Fundacións de interese galego.

- PARLAMENTO DE GALICIA: Lei 4/1993, do 14 de abril, de Servizos Sociais de Galicia.

- RAMÍREZ NAVARRO, J.M. e GARCÍA HERRERO, G.: Los nuevos Servicios Sociales. Síntesis de conceptos y evolución. Ed. Librería Lertzeza. Zaragoza, 1992.

- ROCA, F. e VILLALBÍ, J.R.: El papel del Trabajador Social en los Grupos de Ayuda Mutua. in 7º Congreso Estatal de Diplomados en Trabajo Social Asistentes Sociais. Barcelona, decembro, 1992.

- RODRÍGUEZ-VILLASANTE PRIETO, T.: Los retos del asociacionismo. Rev. Documentación

Social, 1993, nº 94.

- RUBIOL, G.: Los servicios sociales I. Siglo XXI Editores. Madrid, 1986.

- SARACENO, B.: La evaluación en los programas de rehabilitación. Conferencia no seminario La rehabilitación del enfermo mental crónico. Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Sevilla, 1990.

- VILLALBÍ, J.R. e ROCA, F.: El papel del Trabajador Social en los Grupos de Ayuda Mutua. in 7º Congreso Estatal de Diplomados en Trabajo Social e Asistentes Sociais. Barcelona.

- VILLAZÓN GONZÁLEZ, J. et al.: Experiencia de coordinación entre equipo de atención primaria y servicio social municipal de Parres-Arriendas (Asturias). in Revista de Servicios Sociales y Política Social, nº 22, Madrid, 1984.

- WING, J.K.: Los aspectos sociales de la esquizofrenia. in Triángulo, nº 322. Madrid, 1994.

- XEFATURA DO ESTADO ESPAÑOL: Real Decreto Lexislativo 1/1994 do 20 de xuño polo que se aproba o texto refundido da Lei Xeral da Seguridade Social.

- XUNTA DE GALICIA: Decreto 36/1991 do 17 de outubro, polo que se establece o programa de acollemento familiar para persoas maiores e minusválidos.

- XUNTA DE GALICIA: Decreto 374/ 1991 de 24 de Outubro - (RISGA) - (DOG nº 214 de 5/11/1991).

- XUNTA DE GALICIA: Memoria da Dirección Xeral de Servizos Sociais. 1994.



Reforma psiquiátrica y rehabilitación

La Rehabilitación Psiquiátrica en Galicia

Fernando Márquez Gallego

I ► Introducción

Esta aportación se enmarca en el curso de Rehabilitación psiquiátrica y psicosocial, en el intento de proveerlo del entorno necesario que supone el largo, continuado y a veces azaroso proceso de la reforma psiquiátrica, que de forma heterogénea, se ha venido desarrollando en España y Galicia a lo largo del último cuarto de siglo.

Es preciso afirmar que sin una profunda cultura rehabilitadora, reintegradora y normalizadora, en el sentido humanizador del término, no sería posible entender, interpretar y seguir desarrollando el proceso de cambio psiquiátrico.

II ► Un poco de historia

II.1.-Años 60

El proceso de Reforma psiquiátrica en Galicia se remonta a los años 60 a través de un documento suscrito por las Diputaciones Provinciales a través de los responsables de sus Centros Psiquiátricos que entonces tenían los recursos humanos y materiales más significativos e importantes. El objetivo de dicho documento era el de coordinar, ordenar y modernizar la asistencia centrada en los Hospitales Psiquiátricos.

La figura animadora de dicho intento fue sin duda el Profesor Dr. D. Manuel Cabaleiro Goas, entonces director del S. Psiquiátrico de Toén, que hoy lleva merecidamente su nombre. Los logros de dicho esfuerzo no concluyen, pero inician un pensamiento, anuncian la necesidad de un cambio.

69

II.2.-Años 70

Es en los primeros años de esta época cuando se inician en toda España procesos de cambio radicales y conflictivos en Instituciones Psiquiátricas significativas de Asturias, Cataluña, y Galicia especialmente. En nuestra Comunidad Autónoma en concreto se producen cambios conceptuales e institucionales relevantes en el H.P. de Conxo y en el S.P. de Toén. A finales de los 70 se inaugura ya con la nueva filosofía asistencial el H.P. de Rebullón en Vigo.

II.3.-1985/1995

- a) La publicación del Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y la Ley General de Sanidad (especialmente su artículo 20) generan el inicio de una etapa nueva y decisiva en el proceso de Reforma Psiquiátrica.
- b) La nueva configuración del Estado en forma de E. de las Autonomías, la relevancia de los derechos civiles, la extensión exigida de un Sistema

Nacional de Salud de vocación universalizadora e integradora, constituyen el caldo de cultivo en el que se desarrollan iniciativas y documentos técnicos de ambición más Autonómica más que institucional, con la pretensión de promover cambios en todo el territorio autonómico en lugar de hacerlo solamente en centros hospitalarios concretos. Dichos planteamientos desbordan el marco del sistema de atención psiquiátrica dominantes para llamar cada vez con más fuerza a las puertas del Sistema Sanitario General en busca de integración y reconocimiento en igualdad de condiciones tanto para los profesionales como para los usuarios.

- c) En Galicia se crea una Comisión Asesora de Salud Mental entonces reactualizada en Oct. 1996 por iniciativa en ambos casos del actual Conselleiro de Sanidad y S. Sociales (José M^a Hernández Cochón). La comisión asesora produce un documento de Bases para un Plan de Salud Mental en Galicia, que vertebra el proceso de Reforma Psiquiátrica en nuestra C. Autónoma y que culmina, tras diversos avatares en el Decreto de Atención a la S. Mental de 15 de Diciembre de 1994.
- d) Durante este largo y difícil pero decisivo proceso, los referentes conceptuales empezaron a cambiar (a los modelos transformación institucional de los años 70, se incorporaron perspectivas de integración en un Sistema Nacional de Salud y referencias conceptuales articuladoras de la posición de la S. Mental, en el mismo, como las que propone el modelo de niveles y filtros encadenados de Golberg y Huxley.

III ► Diagnóstico al inicio de la última década

La evaluación del subsistema de Atención en Salud Mental a la altura de 1985 señala como resultado:

III.1.-Insuficiencia cualitativa y cuantitativa de Recursos:

- a) Excesivo peso asistencial de los H. Psiquiátricos.
- b) Escasas U.S. Mental y dispensarización de la asistencia extrahospitalaria en condiciones generalmente precarias aunque con excelentes resultados desinstitucionalizadores.

- c) Solamente dos (2) Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Hospital General (en Santiago y Pontevedra).

d) Escasez de recursos intermedios:

- (H. de Día (3: Vigo, Coruña y Santiago).
- (Ctro. de Día (ninguno vinculado a la red de Atención en Salud Mental).
- (Alojamiento protegido (ninguno en condiciones de estabilidad).
- (T. ocupacionales externos prácticamente inexistentes.

III.2.- Fragmentación Competencial

Los recursos pertenecen a las diversas administraciones públicas:

- (Ministerio de Sanidad a través de INSALUD
 - (Organismos Autónomos
 - (Administración provincial y local
 - (Naciente Administración Autonómica
- provocando una clara discontinuidad administrativa que tendía a romper la continuidad asistencial, generaba solapamientos y provocaba vacíos asistenciales en determinadas áreas y casos.
- No parece preciso insistir en la relevancia para la rehabilitación y reinserción psicosocial de la ruptura de la continuidad asistencial.

III.3.- Esfuerzo conceptual y programático

En Galicia como en otras Comunidades Autónomas (Asturias, Madrid, Navarra, Andalucía, Cataluña, País Vasco, Castilla León y Castilla La Mancha) vehiculados por Documentos Técnicos, elaborados por expertos, vinculados a la Asistencia (matiz de gran relevancia práctica), se produce la elaboración de Modelos asistenciales respondiendo a principios que beben en la filosofía del S. N. Salud y en diversos modos de entender la integración en el S. Sanitario y la psiquiatría comunitaria. Proponen organizaciones administrativas de Servicios Autonomos de S. Mental, una Comisión Nacional de seguimiento de la Reforma Psiquiátrica y un desarrollo asistencial de nuevos recursos congruentes con los objetivos básicos planteados, que en Galicia fueron:

- a. Creación de un servicio de Salud Mental en los S. Centrales de la Conselleria de Sanidad.
- b. Promover la transferencia de competencias desde el Ministerio de Sanidad a la C. Autónoma, y, en tanto no se produjese transferencialmente, el establecimiento formal de un Sistema de

Coordinación Asistencial entre las distintas administraciones implicadas (Central, Autonómica, Provincial, Local,...) que cristalizó en:

b.1.-Un convenio con el Ministerio de Sanidad (1989) y el desarrollo de una Comisión Autonómica entre Administración Central y Consejería Sanidad de la Xunta de Galicia.

b.2.- Comisiones provinciales tripartitas entre las citadas Administraciones y la Administración Provincial promovidas y coordinadas por el Servicio de Salud Mental de la C. de Sanidad.

c) Introducción en el Sistema Sanitario del Subsistema de S. Mental a través de un marco normativo que finalmente adquirió la forma de Decreto de Atención a la Salud Mental en Galicia con fecha 15 Diciembre de 1994.

d) Transformación de los Hospitales Psiquiátricos existentes: De acuerdo con lo previsto en Doc. de Base pero adaptándose a las fórmulas más adecuadas al centro correspondiente, que produjeron modelos de desagregación y externalización de recursos en los casos de Vigo y Orense, básicos para los programas de rehabilitación comunitaria y un proceso de diferenciación y diversificación en el caso de Santiago (S.P. Conxo) y una situación todavía parcialmente sin definir en Lugo (necesitada de fórmulas de coordinación o más deseablemente la transferencia a la C. Autónoma).

e) Promoción de la participación Comunitaria: Apenas incipientes hasta hace 5 años y actualmente con interesante dinamismo a través de Asociaciones de Autoayuda, Ayuda Mutua con capacidad de gestión de recursos y creciente influencia en la opinión pública, fundamentalmente Asociaciones de Alcohólicos rehabilitados y Ex-Alcohólicos (algunas ya existentes en los años 60) y Asociaciones de Familiares y Enfermos Psíquicos.

Centrales a las áreas con creciente protagonismo de los equipos directivos de las mismas, y responsabilización necesaria de los profesionales para lograr una interlocución sólida y eficiente con los gestores sanitarios, en un diálogo que resulta, en ocasiones, difícil por problemas de conocimiento y reconocimiento de las especificidades. Que precisa también una integración cognitiva y actitudinal por ambas partes.

e) La transformación de H. Psiquiátricos está en su proceso final.

d) Creación de nuevos recursos asistenciales superando significativamente la insuficiencia cualitativa y cuantitativa de recursos señalada en III.1:

- Reducción importante del peso asistencial de los hospitales psiquiátricos

- Creación de numerosas unidades de salud mental creándose una red básica en la comunidad autónoma, que precisará refuerzo en el futuro.

- Puesta en marcha de seis nuevas unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales, alcanzándose la cobertura completa de este modo de asistencia para toda la comunidad autónoma.

- Se mantiene la escasez de recursos intermedios aunque, incrementándose el alojamiento protegido, los talleres ocupacionales en colaboración con Asociaciones de Usuarios y Familiares.

e) La participación comunitaria: creciente de la mano de las ONGS específicas (que han pasado de tres a nueve en los últimos tres años) y voluntariado. Aumenta su papel en la Rehabilitación comunitaria a medida que disminuye el peso de la Rehabilitación intrahospitalaria.

f) El esbozo de la articulación con S. Sociales y programas Sociosanitarios abren prometedoras perspectivas para la Rehabilitación.

71

IV ► Situación Actual

- a) Integración normativa, organizativa y funcional de la S. Mental en el Sistema Sanitario General con nuevos desafíos para superar una posición excéntrica y acreditarse científico y técnicamente en un mestizaje que debe ser enriquecedor para ambas partes y conlleva innovación en las relaciones con At. Especializada y At. Primaria.
- b) Descentralización de la gestión desde los S.

V ► Perspectivas/Prospectiva

Hay que situarlas en un horizonte cuyos escenarios, en relación con el sistema sanitario y de servicios sociales, señalan las siguientes tendencias:

- (Incremento de la edad poblacional
- (Incremento de enfermedades crónicas
- (Incremento en la innovación tecnológica
- (Aparición de nuevas patologías y disfunciones
- (Aparición de nuevas formas de gestión
- (Aparición de restricciones económicas en un

entorno de mercado sanitario creciente (Aparición con mayor protagonismo y empuje de la Sociedad Civil, con un nivel de exigencia y electividad superiores a los de épocas pasadas)

V.1.- La integración en el S. Sanitario General ha de conllevar cambios en

- la gestión asistencial
- programas más cualificados (con criterios de acreditación estándares de calidad, guías clínicas y protocolos).
- la planificación de carácter más funcional que estructural

V.2.- Han de desarrollarse innovaciones en la concepción de los recursos especialmente la naturaleza, objetivos y diseño de los llamados D. Complementarios (U. H. de Rehabilitación Psiquiátrica y Unidades de Apoyo Comunitario, según el Decreto de Salud Mental) que han de dar lugar al desarrollo de la H. Parcial y de los Centros Psicosociales como articuladores de los programas de Rehabilitación comunitarios.

V.3.- Desarrollo de la Coordinación con A., S. Sociales y At. Espec. Así como su traducción en programas de I/C y Enlace (incluyendo la coordinación con el Programa Sociosanitario).

El desafío de la Rehabilitación en la Comunidad puede considerarse en mi opinión como el eje decisivo en esta próxima etapa (V.2 y V.3).

V.4.- Desarrollo de nuevos programas de formación para los profesionales- les actuales y para nuevos perfiles profesionales, así como para los ciudadanos que como voluntarios individuales o como miembros de Asociaciones de Autoayuda o Ayuda Mutua deseen participar activamente en el Continuum Asistencial.

V.5.- Orientación del sistema de Atención Sanitaria y Social en función de las necesidades de los usuarios y su entorno sociofamiliar

Ética organizacional (con aplicación de la Carta de Derechos y Deberes de los pacientes que comprenden aspectos esenciales de la relación médico-paciente, la información a familiares y pacientes de manera continuada y asequible, la participación informada en la toma de decisiones asistenciales, la confidencialidad ...). Art. 10 y 11 de la Ley General de Sanidad.

Evaluación y asistencia (De carácter integral, interdisciplinar y personalizada).

Continuum Asistencial entre:

Cuidadores (equipo multiprofesional)

Intervenciones (evaluativas, terapéuticas, rehabi-

litoras, de enlace....).

Dispositivos (hospitalarios, extrahospitalarios, comunitarios de otras agencias sociales,...).

Gestores (administrativos, sanitarios, clínico-asistenciales, integradores,...).

Derechos civiles y deberes de los usuarios

Promoción de los derechos civiles, la autonomía y la corresponsabilización de los usuarios y sus próximos que incluyen planteamientos de educación para la salud que promuevan comportamientos y estilos de vida saludables y permitan a pacientes y entorno implicarse responsablemente en las decisiones acerca de la atención que reciben.

V.6.- Incremento de los Programas de Investigación en relación con las Neurociencias y los aspectos Psicosociales

V.7.- Diversificación de la oferta de servicios y especialización de los procedimientos de evaluación e intervención así como desarrollo de subespecialidades.

V.8.- La necesidad de equilibrar eficiencia y equidad, como directrices generales del sistema (Art. 12 Ley General de Sanidad).

V.9.- La necesidad de fórmulas de financiación que se puedan independizar- de la provisión de servicios o puedan adaptarse a fórmulas mixtas.

V.10.- La necesidad de incorporar las iniciativas de la Sociedad Civil, de carácter público y/o privado, a través de ONGS, empresas de gestión de servicios, ...

V.11.- Necesidad de incorporar nuevas figuras técnicas como la gestión integrada de casos complejos.

V.12.- Necesidad de incrementar, con las modulaciones precisas, la libertad de elección de los usuarios, con repercusión específica en los profesionales, equipos y centros elegidos.

VI ► Reflexiones en torno a un programa sociosanitario

Programa principal en el se juega en gran parte el porvenir de la Rehabilitación psiquiátrica y psicosocial con la que ha de enlazarse como señala y propone la disposición adicional primera (1.2) de los artículos 14, 15 y 16 Decreto de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Galicia.

VI.1.- La necesidad de un proyecto de estas características se sustenta en un numerosos y creciente sector poblacional con necesidades sociosanitarias

insuficientemente cubiertas y con inadecuados niveles de calidad.

Población mayor de 65 años

Personas con minusvalías

Pacientes con trastornos mentales de larga duración

Nuevas patologías que generan discapacidades y cronicidad entre los usuarios del Sistema Sanitario y de S. Sociales

Necesidad de cuidados paliativos.

VI.2.- La necesidad de un proyecto sociosanitario centrado en el usuario y sus necesidades específicas, que provea de atención suficiente, integrada, cualificada y continuada y plantee las innovaciones que, un proceso de demanda y atención de carácter dinámico, requieran.

VI.3.- La necesidad de nuevos perfiles profesionales que sirvan y den respuesta a los desafíos de un programa innovador como el sociosanitario, a través de la adaptación curricular y de habilidades de los actuales profesionales o la generación de nuevas figu-

ras profesionales para una nueva cultura como la sociosanitaria dentro de un enfoque interdisciplinar.

VI.4.- La necesidad de gestionar recursos diferenciados según necesidades de sus clientes y de carácter polivalente (más allá del diagnóstico) con flexibilidad para personalizar los tratamientos, coordinar programas y recursos de distintas agencias y de carácter interprofesional.

VI.5.- La necesidad de mejorar la calidad de la asistencia ofertada estableciendo: criterios de acreditación, estándares de calidad, guías de procedimientos de atención.

Todo lo anterior forma parte de un proceso de cambio que ha de continuar, y que precisa del compromiso y la responsabilización con sentido cooperativo de un amplio proyecto de mejora de la calidad de vida y del bienestar tanto individual como colectivo, médula de cualquier proyecto rehabilitador, y que concierne a Administraciones, Profesionales, Usuarios y Sociedad Civil a través de distintas fórmulas ya acreditadas y de aquellas que innovadoramente se gesten en el futuro.



2

▼ Programa y técnicas de la rehabilitación psiquiátrica ▲

6 • El programa de rehabilitación en los servicios de salud mental	
Sergio Rebolledo	77
7 • Planes individualizados de rehabilitación	
Virginia Otero Domínguez	93
8 • Programa de seguimiento y cuidados para pacientes graves y crónicos. Un modelo español del <i>case management</i>	
Miguel Donas y Alberto Fernández Liria	97
9 • El concepto de esquizofrenia y el papel de la familia en el tratamiento	
Emilio Gutiérrez	105
10 • Psicoeducación de personas con trastornos esquizofrénicos	
Sergio Rebolledo Moller y María José Lobato Rodríguez	115
11 • Las Habilidades Sociales en la Rehabilitación Psiquiátrica	
Alejandro Torres Carbajo	131
12 • Programa terapéutico Psicológico Integrado (IPT) para pacientes esquizofrénicos	
Volker Roder, Hans Dieter Keppeler y Heiko Linn	139
13 • Problemática residencial y servicios residenciales de alojamiento comunitario con enfermos mentales crónicos	
Abelardo Rodríguez	147
14 • Rehabilitación laboral y alternativas laborales para enfermos mentales crónicos	
Abelardo Rodríguez	161

El programa de Rehabilitación en los Servicios de Salud Mental

Sergio Rebolledo Moller

Los Servicios de Salud Mental, territorializados e integrados en la red sanitaria, constituyendo un nivel de atención sanitaria especializada, organizan su trabajo en programas asistenciales. El trabajo por programas es una forma moderna de organización del equipo asistencial y sus tareas, que supera practicas antiguas basadas sólo en la consulta y que permite evaluar los servicios que se prestan e introducir mejoras.

El eje de los programas asistenciales en salud mental es la Unidad de Salud Mental (USM), comunitaria. Su competencia es atender las derivaciones realizadas por los Centros de Salud correspondientes a las zonas básicas integradas en su territorio : el distrito sanitario. Los que a su vez se integran en una delimitación territorial mas amplia : el área sanitaria, en donde se sitúan los recursos específicos de rehabilitación.

El Programa de Rehabilitación constituye una definición de objetivos asistenciales y establece los canales de derivación y coordinación para la utilización de los recursos sanitarios, de prestaciones sociales y para la utilización de los recursos normalizados de la comunidad en aras de mantener en el nivel más normalizado posible la población de personas que padecen trastornos y enfermedades mentales de curso crónico.

► Objetivos del Programa de Rehabilitación

- a. Establecer acciones de rehabilitación y reinserción social que van desde la USM, la creación de dispositivos específicos de rehabilitación (centros de día, talleres ocupacionales, viviendas, etc.) al diseño y programas de actividades para unidades psiquiátricas de media y larga estancia.
- b. Prevenir la institucionalización psiquiátrica de la población crónica. Promoviendo la desinstitucionalización y la creación de alternativas residenciales, ocupacionales y de soporte socio-afectivo en la comunidad.
- c. Promover los acuerdos institucionales con responsables políticos, servicios sociales, movimientos ciudadanos y otros que hagan posible el establecimientos de prestaciones socioeconómicas y redes de apoyo y reinserción para pacientes crónicos.
- d. Promover entre la ciudadanía la superación del estigma de la enfermedad mental. Favoreciendo la imagen social de pacientes y de sus familias.

► Estructura del Programa de Rehabilitación

Una posible estructura de un Programa de Rehabilitación y Reinserción Social, a nivel de distrito y área sanitaria, considera la creación de una Comisión de Rehabilitación y el desarrollo de tres subprogramas : a) de actividades rehabilitadoras en la propia USM; b) de utilización de recursos específicos en rehabilitación y c) la promoción de apoyo comunitario.

Propongo que en cada distrito se organice una Comisión de Rehabilitación, compuesta por responsables políticos (por ejemplo concejal municipal del distrito o del área de salud y/o servicios sociales), sanitarios (coordinador de la USM y responsable del programa de rehabilitación), rehabilitadores (por ej. el coordinador de los dispositivos específicos que atienden a ese distrito), técnicos de los servicios sociales, representantes de vecinos, consumidores y otras organizaciones cívicas y ciudadanas (por ej. centros de actividades cívicas). Esta Comisión debe tener un secretario-coordinador, que realice actas de las sesiones y custodie su documentación, una frecuencia de reuniones al menos trimestral y sus funciones serían de estudio de necesidades y de planificación :

1. Evaluar las necesidades de grupos de alto riesgo.
2. Elaborar y evaluar los planes anuales de rehabilitación y inserción social.
3. Promoción de alternativas de vida para pacientes crónicos. Vivienda, ocupación y tiempo libre.
4. Detección de crónicos no tratados y en la comunidad.
5. Mantener un censo de crónicos
6. Llevar un registro de prestaciones socioeconómicas que se brinda a esta población.
7. Llevar un registro de incapacitaciones, tutelas y otras situaciones judiciales.
8. Promover la solidaridad ciudadana y la aceptación y respeto social por las personas que padecen trastornos crónicos.
9. Implantar programas de prevención en salud mental.

Por tanto en ésta comisión no se discutirían casos sino el programa y sus recursos.

Los casos deberían ser estudiados dentro del equipo de la USM, generar para cada uno de ellos un plan individualizado y un seguimiento. Para el buen desarrollo de estos planes de rehabilitación la estruc-

tura del programa de rehabilitación debe contar con al menos tres subprogramas :

Subprograma de rehabilitación y seguimiento en la Unidad de Salud Mental:

Sería el primer escalón de la rehabilitación. Se trata de las actuaciones concretas de rehabilitación y inserción que se desarrollan en la propia USM que tendrían los siguientes objetivos generales :

1. Ofrecer a cada caso identificado como crónico una tutoría y seguimiento que garantice que se le proporcionan los cuidados que requiere.
2. Realizar actividades que aseguren la adherencia al tratamiento y el seguimiento de las prescripciones facultativas.
3. Desarrollar actividades de información, orientación y entrenamiento que permitan aumentar las habilidades de pacientes y familiares para afrontar sus dificultades cotidianas.

Subprograma de utilización de recursos específicos de rehabilitación:

Constituye el segundo escalón de la rehabilitación y se refiere a la derivación de pacientes crónicos a un dispositivo específico, como son los centros de día, los pisos escuela, las casas de transición, los talleres ocupacionales. También podemos considerar dentro de esta categoría las unidades hospitalarias de estancia media y las de larga estancia. La derivación de un paciente a estos dispositivos por el equipo de la USM es por definición temporal, es decir no significa en ningún caso el alta de la USM. Muy al contrario es el psiquiatra y el tutor del caso en la USM, los que deben seguir atentamente la evolución del paciente manteniendo su asistencia a consultas en la USM.

Subprograma de apoyo comunitario:

Son las actividades dirigidas a mantener en la comunidad a personas especialmente crónicas y deficitarias mediante soportes ambientales y personales. Sus objetivos serían :

1. Desarrollar acuerdos institucionales para la creación de alternativas laborales, de vivienda y de utilización del tiempo libre que favorezcan la inserción social.
2. Promover la participación ciudadana, especialmente de afectados y familiares en la gestión y mantenimiento de estas alternativas.
3. Facilitar el acceso de personas con trastornos crónicos a recursos comunitarios normalizados.

► Propuestas para el desarrollo del programa de rehabilitación y de cuidados comunitarios en las unidades de Salud Mental

Dentro del quehacer sanitario asistencial se promueve la confección de programas. La organización de un equipo asistencial en salud mental, según programas, supera las prácticas tradicionales basadas en la mera consulta y promueve nuevos roles profesionales para técnicos de titulación media como son enfermería y trabajo social. Confeccionar un programa asistencial es detallar una organización, una estructura, definir la población objetivo y elaborar un catalogo de actividades. La organización del trabajo asistencial por programas tiene la ventaja de permitir y ordenar la actuación de un equipo multidisciplinar, abordar el caso desde diferentes ópticas complementarias sin que ninguna subordine a otras y evaluar resultados según los objetivos que se habían planteado. Estos aspectos son particularmente importantes en salud mental, donde la limitación de los recursos psicoterapéuticos y farmacoterapéuticos demandan actuaciones de tipo paliativo como es la rehabilitación y los cuidados que aminoren el riesgo de la institucionalización y del deterioro para personas que padecen graves enfermedades mentales crónicas, cuyo paradigma son los trastornos esquizofrénicos.

Definición

- El programa de rehabilitación y de cuidados comunitarios es concebido como un programa asistencial y de cuidados continuados para personas con un alto y frecuente contacto con los Servicios de Salud Mental. Estas personas normalmente serán jóvenes psicóticos, identificados principalmente por el diagnóstico de esquizofrenia.

- Este programa establece al equipo de la Unidad de Salud Mental (USM) como el eje de las asistencias y cuidados que procuran articular en la vida del paciente y su núcleo familiar, los tratamientos, asesorías, entrenamientos, apoyos y derivaciones que el caso requiera, para su mantenimiento en la comunidad con un aceptable grado de calidad de vida.

- En éste programa y a diversos niveles y con distintas tareas y responsabilidades se ve implicado todo el equipo de la USM.

Objetivos generales del programa

1. Mantener en la comunidad a personas que padecen trastornos o enfermedades mentales de curso prolongado, con criterios de normalización e integración social.
2. Promover una organización del equipo de las U.S.M. que otorgue nuevos roles asistenciales a enfermería y trabajo social en el cuidado comunitario.
3. Integrar las actuaciones del equipo de la U.S.M. en la red asistencial. Hacer de la U.S.M. el eje coordinador de todas las prestaciones asistenciales y sociales que el caso requiera. Establecer los canales y procedimientos de coordinación y derivación
4. Promover en el área sanitaria el desarrollo de dispositivos específicos de rehabilitación y de alternativas residenciales, ocupacionales y laborales. Recursos que podrán ser de titularidad privada como asociaciones de familiares y enfermos.
5. Desarrollar, en la comunidad, actividades de prevención en salud mental y de modificación de los estigmas sociales de la enfermedad mental y los trastornos emocionales.

Población objetivo

* Este programa está dirigido a personas de alto y frecuente contacto con los servicios de salud mental. Que además padecen, como consecuencia de sus trastornos o enfermedad mental, deterioros, discapacidades y minusvalías que afectan gravemente su calidad y proyecto de vida.

Considerando que el programa esta dotado de una estrategia de implantación progresiva se consideran grupos prioritarios :

1. Los trastornos esquizofrénicos (CIE-9 295.X).
Posteriormente se considerarían otros grupos:
 1. Trastornos de la personalidad (CIE-9 301.X).
 2. Trastornos obsesivos-compulsivos (CIE-9 300.3)

Y otros cuadros resistentes a los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos.

► Estructura del programa

1. Un responsable del programa
2. Un sistema de tutorías de casos
3. Tres subprogramas :

- a. De rehabilitación y seguimiento en el CSM.
- b. De utilización de recursos específicos.
- c. De apoyo comunitario

A continuación se definen cada uno de estos elementos del programa :

Tareas del responsable del programa

La figura del responsable es la de un coordinador que busca asegurar para el programa la cobertura, la eficacia (que se logren los objetivos) y la eficiencia (que los medios utilizados sean los óptimos posibles). Que promueve la mejora del programa. Aunando los esfuerzos y habilidades de todo el equipo de la USM.

Considerando las metodologías más al uso en rehabilitación psiquiátrica sería deseable un profesional orientado a la intervención psicosocial con entrenamiento en formación de hábitos y evaluación de habilidades.

1. Ser secretario de la Comisión de Rehabilitación y Prevención del Área (según se describe más adelante). Escribir sus actas y mantener el archivo de su documentación. Preparación del orden del día para cada reunión.

30 2. Participar en todas las comisiones de estudio de casos. Y en la posterior redacción de los planes individualizados de rehabilitación y seguimiento de los casos.

3. Asignar los casos en tutoría de acuerdo a las demandas de los psiquiatras.

4. Mantener los siguientes libros de registro del programa:

a. Casos nuevos con el diagnóstico 295.X

Frente a cada caso nuevo 295.X el psiquiatra anotará en un libro su solicitud de informe social y psicológico. Y posteriormente, después de estudiar el curso clínico, los informes sociales y psicológicos indicará si solicita o no tutor para el caso.

Ejemplo del registro:

Fecha/Psiquiat/Hist.Clinica/F.Inf.Social/
F.Inf.Psic./ Sol.Tut

b. Registro de casos en rehabilitación

Cada caso incorporado al programa de rehabilitación queda registrado en un libro, con la siguiente estructura:

Ejemplo del registro:

Fecha/Hist.Clinica/Psiquiat/Tutor /F.Alta/Causa del alta

c. Registro de incapacitaciones, tutelas y prestaciones socioeconómicas.

5. Convocar la Junta de tutores conjuntamente con el Coordinador (a) de la USM.

Como se define más adelante los tutores estarían organizados en una Junta destinada a valorar el trabajo realizado y desarrollar una actividad docente continuada que favorezca la eficiencia del sistema.

► Comisiones de seguimiento de casos

Definición

- Cada caso integrado en el programa de rehabilitación será valorado y seguido por una comisión integrada por el psiquiatra del caso, su tutor en la USM (y cuando haya sido derivado a dispositivos específicos de rehabilitación el tutor asignado en ese dispositivo) y el responsable del programa.

- Se trata de una comisión de profesionales de la salud mental y la rehabilitación destinada al estudio clínico, realización de planes individualizados y seguimiento de casos. Son comisiones específicas según el caso.

Funciones

1. Valoración de la información reunida sobre cada caso.

2. Redacción de un plan individualizado de rehabilitación, según áreas de intervención y definición de actividades según objetivos.

3. Evaluación y seguimiento de la consecución de los objetivos al menos dos veces al año. Sin perjuicio de ser convocada por cualquiera de sus miembros ante situaciones especiales, como por ej. :

a. Ingresos hospitalarios

b. Evidente fracaso de las actividades acordadas

c. Demandas nuevas del paciente y la familia

d. Alta de dispositivos o término de actividades

e. Cambios de tutor o psiquiatra.

► Sistema de tutorías

- Constituye el eje fundamental del programa. Sigue planteamientos acuciados en la bibliografía especializada como "case management" o "key worker",

adaptados a nuestra realidad y posibilidades del equipo de la USM. Es el instrumento que posibilita la continuidad de cuidados y maximizar la utilización de los recursos del programa según las necesidades de cada caso.

Definición

- Sistema de coresponsabilidad del tratamiento y cuidados entre el psiquiatra, enfermería y/o trabajo social y la estructura del programa de rehabilitación.

- Sistema por el cual se designan e identifican al paciente y su familia un psiquiatra y un tutor como interlocutores válidos para atender y elaborar sus demandas en salud mental con una perspectiva de integración social. Estando la labor de ambos profesionales respaldada por la estructura del programa de rehabilitación y cuidados comunitarios de la USM.

- Sistema de cuidados para personas de alto y frecuente contacto con los servicios de salud mental que han sido previamente evaluados y considerados de alto riesgo por la extensión de sus deterioros y/o discapacidades y/o minusvalías.

La Junta de Tutores

- Tanto el personal de enfermería como el de trabajo social serían los tutores. La asignación de un tutor dado el caso se haría según las necesidades detectadas. Si las actuaciones requieren mayor intervención de tipo social sería preferentemente un trabajador social, si las necesidades detectadas son de adherencia al tratamiento el indicado sería un diplomado en enfermería y si las demandas son de incremento del autocuidado y de colaboración en casa quizás un auxiliar de enfermería sería un buen tutor.

- Siempre la figura del tutor estaría respaldada por el psiquiatra del caso y por el responsable del programa.

- La Junta de tutores integra a todo el personal de enfermería y de trabajo social de la USM mas el responsable del programa y el/la coordinador(a) de la USM.

Esta Junta de tutores se reunirá, al menos, una vez al mes para considerar :

- a. Valorar la distribución de los casos en tutoría que ha realizado el responsable del programa.
- b. Una actividad docente continuada de formación en técnicas de tutoría de casos crónicos.
- c. Una actividad investigadora y evaluadora del trabajo realizado.
- d. Estudio de casos especialmente difíciles.

Funciones del tutor

1. Redactar conjuntamente con el psiquiatra del caso y el responsable del programa los planes individualizados de rehabilitación de casos que se le asignen.
2. Mantener la ficha de seguimiento del caso, asentando los datos que se requieren, consultando para ello los informes y escalas que los distintos profesionales hayan realizado.
3. Registrar en la hoja de tutorías las incidencias del caso, al menos una vez al mes.
4. Realizar con sus tutelados y sus familias actividades individuales y/o grupales que hayan sido acordadas en el plan individualizado.
5. Asistir a la comisión de seguimiento de sus casos. Convocar esta comisión si lo estima necesario. Mantener un contacto con el tutor del dispositivo de rehabilitación si el caso ha sido derivado. Dejando constancia en las hojas de tutoría de estas actividades
6. Promover la consulta psiquiátrica si el caso lo requiere.
7. Promover o realizar las visitas domiciliarias y las intervenciones en crisis que el caso requiera.
8. Visitar a su tutelado si está ingresado. Y participar en la preparación del alta. Asegurar que el informe de alta de la Unidad de ingresos es remitido a la USM.

81

► Actividades del programa de rehabilitación y cuidados comunitarios

Definición

* Esta constituido por las actividades individuales y/o grupales que el tutor realiza con sus tutelados y las actividades grupales específicas que otros profesionales de la USM ofertan al programa de rehabilitación.

A. Descripción de actividades del tutor

1. Individuales :

1.1 Entrevistas con el caso

Orientadas al seguimiento de los objetivos acordados en el plan individualizado.

Dentro de la actividad docente del sistema de tutorías se orientaría a los tutores sobre modelos de

entrevistas, los problemas más comunes y la forma de abordarlos.

1.2 Entrevistas con la familia del caso

Idem punto 1.1

1.3 Administración de medicación depot

Dentro de la actividad docente del sistema de tutorías se establecerá un protocolo de administración y seguimiento de analíticas y una escala de efectos secundarios observados.

1.4 Seguimiento telefónico del caso.

1.5 Seguimiento de la asistencia del paciente a las consultas del psiquiatra. Participación en estas consultas si ambos profesionales lo consideran.

1.6 Visitas domiciliarias

Dentro de la actividad docente del sistema de tutorías se desarrollarían unos criterios para elaborar la demanda de familias y psiquiatras y un procedimiento de realización de la visita.

1.7 Intervención en crisis

2. Actividades grupales del tutor

82

Siempre que la homogeneidad de los casos tutelados y que sus planes individualizados de rehabilitación lo permitan, el tutor puede optar por realizar actividades grupales con sus casos.

2.1 Grupo de seguimiento de objetivos del plan individualizado de rehabilitación.

Dinámica de pequeño grupo (menos de 8 casos) que se reúne 2 a 4 veces al mes, que utiliza la dinámica del grupo para promover los objetivos de rehabilitación de cada caso.

Dentro de la actividad docente se orientaría sobre técnicas de dinámica de grupo, manejo de situaciones y utilización del grupo como agente motivador.

2.2 Grupo de orientación y asesoría a familiares.

Idem punto 2.1

2.3 Grupo de medicación depot.

El tutor puede utilizar el hecho de tener varios tutelados con medicación depot para reunirlos y realizar un seguimiento grupal de cada caso antes de administrar la medicación a cada uno de ellos.

B. Actividades específicas que otros profesionales de la USM podrían ofertar al programa de rehabilitación.

Principalmente psicólogos y psiquiatras con habilidades específicas pueden ofertar actividades

grupales orientadas a objetivos. La adscripción de pacientes a estas actividades, lógicamente, en ningún caso inhiben la actuación del tutor. Constituyen por tanto un recurso que la comisión de cada caso puede acordar utilizar para la consecución de objetivos del plan individualizado.

Cada actividad debe definir el perfil de pacientes y los objetivos que pueden lograr.

1. Psicoeducación de familiares y allegados

Considerando que el programa ha definido como población objetivo, en primera instancia, los diagnósticos 295.X esta actividad está dirigida a familiares de personas con éste diagnóstico.

Se beneficiarían de ésta actividad familias de alta expresión emocional y/o familias con falta de comprensión de las características de los trastornos esquizofrénicos y/o familias con dificultades de comunicación con el paciente y/o familias poco eficaces en el afrontamiento de los problemas de convivencia con el paciente.

2. Psicoeducación de personas con diagnóstico 295.X

Se beneficiarían de ésta actividad pacientes con factores de riesgo en el curso de su trastorno esquizofrénico: rechazo de la medicación neuroleptica, baja autoestima, consumo de drogas o alcohol, falta de elaboración personal de lo que le ocurre, sintomatología ansiosa y/o depresiva, síntomas psicóticos positivos refractarios a la medicación, reingresos hospitalarios frecuentes

3. Grupo de actividades de la vida diaria

Destinado a pacientes con discapacidades en la esfera del aseo personal y/o vestimenta y/o hábitos alimenticios y/o manejo de dinero y/o tareas domésticas y/o utilización de medios de transporte público.

a. Hábitos de autocuidado personal

b. Hábitos de cooperación en casa

c. Hábitos de manejo social

4. Grupo de habilidades sociales para personas con diagnóstico 295.X

Destinado a pacientes con discapacidades cognitivas, para la comunicación y las relaciones interpersonales.

5. Grupos de orientación vocacional y ocupacional

Grupos destinados a explorar intereses y aptitud-

des con vista a la orientación de la formación profesional, la búsqueda de empleo y el desarrollo de actividades de tiempo libre.

- a. Modulo de exploración de intereses y aptitudes
- b. Modulo de orientación para la formación profesional
- c. Modulo para buscar trabajo
- d. Modulo para el fomento de actividades de tiempo libre.

► Recursos humanos del programa

Se considera que todo el equipo de la USM se ve implicado en la realización de éste programa : tanto en la atención de los casos como en la docencia e investigación que impulse el programa.

- Psiquiatras, como terapeutas de los casos (ya que normalmente las personas con trastornos esquizofrénicos son asignados principalmente a psiquiatras), miembros de las comisiones de seguimiento. Pudiendo incluso ofertar actividades grupales específicas para el programa.

- Psicólogos, realizando los estudios psicológicos que se soliciten como en la realización de actividades individuales y grupales específicas para el programa. Especialmente relevante puede ser su intervención en evaluación, entrenamiento de habilidades / psicoeducación, a nivel individual, grupal, con pacientes y familias.

- Trabajadores sociales, realizando los informes sociales que se soliciten y actuando de tutores en aquellos casos que se determine.

- Diplomados en enfermería, actuando de tutores en aquellos casos que se determine. Realizando actividades psicoeducativas individuales y grupales, para pacientes y familias.

- Se establece esta secuencia para la incorporación de todos aquellos casos nuevos que sean receptados en la USM a partir de una fecha determinada. Para la incorporación de los casos 295.X antiguos se establece más adelante un procedimiento secuenciado de incorporación.

1. Estudio del caso

Cuando un psiquiatra recibe en primera consulta una persona cuyo diagnóstico es 295.X realizaría el siguiente estudio y cadena de actuaciones :

1.1 Fijación de su perfil sintomático y psicopatológico. Utilizando para ello su habilidad clínica y el BPRS.

1.2 Estimación en un tiempo razonable del efecto de la medicación neuroleptica, el seguimiento de la prescripción facultativa que hace el paciente, la ocurrencia de acontecimientos vitales, la intensidad del estrés ambiental y los soportes familiares del caso.

1.3 Solicitud de informe social y psicológico. Para lo cual debe asentar su demanda en el libro establecido para el efecto y descrito anteriormente, en relación a las tareas del responsable del programa.

El informe social considerará la situación familiar, la vivienda, el barrio y la relación con los vecinos, la situación económica, la historia escolar y laboral del caso. Así como situaciones especiales como incapacitaciones sociales y judiciales y tutorías legales.

El informe psicológico considerará el nivel de ajuste premórbido, los deterioros neuropsicológicos, el perfil de funciones intelectuales, la autoestima y conciencia de enfermedad, discapacidades en la vida diaria, repertorio de habilidades sociales y el clima y la carga familiar.

1.4 Reunida ésta información el psiquiatra considerará si el caso requiere o no ser incluido en el programa de rehabilitación.

Para ser incluido el caso al menos debería presentar alguno de estos hechos clínicos :

- a. Mal ajuste premórbido
- b. Baja adherencia al tratamiento
- c. Falta de eficacia farmacoterapéutica. O presen-

► Secuencias de acciones que sigue un caso en la incorporación al programa de rehabilitación

- Queda definida esta secuencia para todos aquellos casos con diagnóstico 295.X. Se espera en un futuro ampliar la cobertura para otros diagnósticos.

cia de síntomas positivos o negativos refractarios.

d. Familia de alta emoción expresada.

Y al menos alguno de estos criterios psicosociales,

a. Falta de vivienda

b. Falta de soporte económico

c. Discapacidades en la vida diaria y social

d. Falta de ocupación

Si a juicio del psiquiatra el caso requiere ser incorporado al programa de rehabilitación lo asentará en el libro correspondiente y descrito anteriormente en relación a las tareas del responsable del programa.

2. Asignación de tutor y convocatoria de la comisión de seguimiento del caso.

Ante la demanda del psiquiatra el responsable del programa asigna un tutor y se convoca la comisión del caso integrada por el tutor asignado, el psiquiatra y el responsable del programa.

3. Construcción del plan individualizado de rehabilitación.

Tarea asignada a la comisión de seguimiento del caso. Dentro de la actividad docente de la junta de tutores se redactará un manual de procedimiento para la redacción de planes individualizados, su instrumento básico es la Ficha de Seguimiento del Caso.

Para la redacción del plan individualizado se tiene la Ficha de Seguimiento de Casos en la cuál una vez resumida la información clave ofrece un modelo de áreas o aspectos claves a evaluar y prescribir intervenciones en rehabilitación psiquiátrica.

En cada área, a la luz de la información recogida se determinan los problemas que el caso presenta, el tipo de intervenciones prescritas y un espacio para su seguimiento.

A continuación se esquematizan las áreas de intervención:

3.1 Adherencia al tratamiento y seguimiento de las prescripciones facultativas.

Se evalúa tanto el seguimiento de la prescripción, como la asistencia a la consulta, como la actitud familiar de apoyo a la prescripción. También deben considerarse los efectos secundarios y los efectos terapéuticos de la medicación neuroleptica.

Si se detectan problemas se pueden prescribir un seguimiento individualizado o en grupo por el tutor. Y ante casos más graves su inclusión en grupos de medicación depot y/o psicoeducación de pacientes.

3.2 Factores de riesgo y protección

Se considera el estilo de vida actual del paciente de acuerdo a la presencia o no de factores de riesgo como estrés ambiental, baja autoestima, falta de conciencia de enfermedad, consumo de drogas, déficits cognitivos y neuropsicológicos o de factores de protección como buena respuesta a la farmacoterapia, apoyo familiar, buena autoimagen, buen ajuste premórbido y formación profesional.

Si se detectan problemas se pueden prescribir un seguimiento individualizado o en grupo por el tutor. Y ante casos más graves su inclusión en grupos de psicoeducación de pacientes.

3.3 Actitud, habilidades, carga y clima familiar

Nivel de emoción expresada, habilidades de comunicación y de solución de problemas de la familia, nivel de carga objetiva y subjetiva.

Si se detectan problemas se pueden prescribir un seguimiento individualizado o en grupo por el tutor. Y ante casos más graves su inclusión en grupos de psicoeducación de familias.

3.4 Actividades de la vida diaria.

Hábitos personales de aseo, vestimenta, cooperación en casa, manejo de dinero y de medios de transporte.

Si se detectan problemas en ésta área se pueden prescribir un seguimiento individualizado o grupal por el tutor. Y ante casos más graves su inclusión en grupos de entrenamiento de estas actividades de la vida diaria o a través de visitas domiciliarias del tutor.

3.5 Habilidades sociales

Habilidades cognitivas e instrumentales para las relaciones interpersonales. Extensión de la red social. Motivación para las relaciones sociales. Dificultades específicas.

Las intervenciones prescritas pueden ser la acción individual del tutor y ante casos con discapacidades graves en ésta área se les puede incluir en los grupos de habilidades sociales.

3.6 Nivel ocupacional

Estudios previos, formación profesional, experiencia laboral, actividades e intereses de tiempo libre. Sintomatología negativa.

Además de la acción individualizada del tutor se puede considerar la inclusión del caso en los módulos de orientación ocupacional.

3.7 Situación socioeconómica y de vivienda

Si el caso lo requiere, el tutor puede hacer un seguimiento individualizado del trabajo social que se requiera para la tramitación de las prestaciones socioeconómicas o situaciones legales del caso.

4. Seguimiento del caso

Son las valoraciones continuadas del tutor referidas a la consecución de los objetivos mediante las actividades prescritas.

Durante éste seguimiento la comisión del caso puede estimar necesaria la utilización de dispositivos tales como la Unidad de hospitalización, el Hospital de Día o los dispositivos específicos de rehabilitación. Este tipo de derivaciones se realizará después de constatar la falta de eficacia de las actividades realizadas con el caso.

5. Para la incorporación de casos antiguos

* Para evitar la saturación de la cobertura del programa, especialmente del sistema de tutoría, pieza angular de esta planificación, es que se estima necesaria una incorporación gradual de casos antiguos. De tal forma que en paralelo se vaya consolidando la forma de trabajo y aumenten los recursos humanos.

Se propone el siguiente sistema de incorporación de casos antiguos :

1. Cada mes cada psiquiatra presentará a estudio dos casos. Asentando para ello en el Libro de solicitud de informes sociales y psicológicos, su solicitud.
2. Una vez realizados los estudios se sigue la misma secuencia establecida para casos nuevos, es decir:
 - a. Asignación de tutor
 - b. Reunión de la comisión de seguimiento del caso y redacción del plan individualizado.
 - c. Seguimiento del caso

► Ficha de seguimiento de casos

Identificación

Nombre	Hist.CI
Domicilio	Telf.
Edad:	Fecha de Nac.:..... Lugar
Estudios	Profesión
Exp.Laboral	Fechas
.....	Fechas
.....	Fechas
Prestaciones	
Socioeconómicas	Fechas
.....	Fechas

Terapeutas asignados

Psiquiatra	1	Fechas
USM	2	Fechas
Tutor USM	1	Fechas
	2	Fechas
Psiquiatra	1	Fechas
UHB	2	Fechas
	3	Fechas
Tutor en	1 Disp.	Fechas
Disp.espec.	2 Disp.	Fechas
	3 Disp.	Fechas

➤ Aspectos clínicos

Fecha de comienzo.....	Edad del pac.....
Fecha primera consulta USM.....	
Diagnóstic. ...1.....	Fecha.....
...2.....	Fecha.....
...3.....	Fecha.....
...4.....	Fecha.....

Perfil psicopatológico

Factores del BPRS	Fecha de la evaluación y puntuación				
Ansied-Depres.					
Anergia					
Tr.pensamient.					
Excitación					
Host.Suspica.					
Punt.global					

Tratamiento farmacológico

Fecha	Farmacos	Dosis

Evaluaciones complementarias

Tipo de evaluación	Fechas y resultados de la evaluación								
Analíticas									

► Plan individualizado de Rehabilitación

Realizado por Fecha

1. Tratamiento y adherencia al tratamiento

Problemas
Intervención
Seguimiento

2. Factores de riesgo

Problemas
Intervención
Seguimiento

3. Situación socioeconómica y residencial

Problemas
Intervención
Seguimiento

4. Actividades de la vida diaria

Problemas
Intervención
Seguimiento

5. Repertorio de habilidades sociales

Problemas
Intervención
Seguimiento

6. Orientación y habilidades ocupacionales

Problemas
Intervención
Seguimiento

7. Convivencia familiar

Clima familiar
Comunicación
Problemas de convivencia
Carga objetiva y subjetiva
Intervención
Seguimiento

➤ **Hoja de seguimiento de hospitalizaciones**

F.ingreso	Falta	Psiquiátra	Tratamiento	Informe

➤ **Hoja de seguimiento y derivación**

F deriv.	Falta	Tutor CRPs	Activid. realizadas	Valorac.

➤ **Hoja de seguimiento de visitas domiciliarias**

Fecha	Solicitada por:	Valoración de la situación

➤ Hoja de seguimiento de intervenciones en crisis

Quien comunica la situación Fecha

Descripción del problema actual

Desencadenantes

Intervenciones realizadas

Fecha	Personal	Tipo de intervención	Valoración

Resolución de la crisis y valoración final

► Tutoría de casos en Rehabilitación

Nombre	Nº de Hist. Clin.:
Tutor	

Fecha	Observaciones



► Bibliografía

Rebolledo, S.: El Programa de Rehabilitación en los Servicios de Salud Mental. SISO/SAUDE. Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental. Monográfico Nº 5, 1993.



Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)

Virginia Otero

En la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, evaluación e intervención se interrelacionan de forma continuada y forman parte del proceso de definir los límites del cambio.

El plan individualizado de rehabilitación es el resultado del proceso de evaluación en el que se han identificado tanto las necesidades como los recursos con los que cuenta el sujeto

Esta evaluación difiere substancialmente del tipo de evaluación en el diagnóstico psiquiátrico. Las categorías diagnósticas no describen objetivamente las capacidades de la persona, ni proporcionan líneas para que se desarrolle un plan de rehabilitación. Al focalizarse en los síntomas más que en las capacidades lleva al profesional a pensar lo el paciente es, más que en lo que es capaz de hacer, y se puede llegar a la creencia de que el paciente no puede cambiar (Anthony y col., 1982).

El diagnóstico en rehabilitación consiste en recoger una información conductual y descriptiva de las habilidades presentes del paciente discapacitado y el nivel de habilidades que demanda su comunidad. Esta evaluación permite identificar e incrementar las habilidades del sujeto y desarrollar un ambiente de apoyo.

Identificadas las diversas metas durante el proceso de evaluación, es necesario hacer prioridades según algunos criterios como: urgencia, motivación y probabilidad de éxito. El plan de rehabilitación especifica de que forma aprenderá el usuario las nuevas habilidades

y como utilizará las que conserva. Se diseña un plan secuencial estructurado por objetivos generales y específicos que son escalonados en fases de intervención.

93

► Aspectos relevantes

Se refieren a datos relacionados con el curso de la enfermedad, nivel premórbido, y características globales del usuario en su momento actual. Resalta algún dato de interés específico y/o relevante. Refleja también la trayectoria vital del usuario.

► Objetivo de rehabilitación

Es el objetivo a largo plazo, el sentido final del trabajo de rehabilitación y reinserción, define el objetivo del programa con respecto al usuario concreto. Es global y se refiere al usuario como un todo. Se debe relacionar directamente con la biografía personal y su entorno así como con las fases del programa.

► Objetivos principales

Son los núcleos o líneas de trabajo dentro del programa de rehabilitación. Están directamente rela-

cionados con las áreas de evaluación y sus resultados. Son los objetivos estructurados y escalonados a trabajar durante el proceso de intervención.

Áreas de evaluación—capacidad/discapacidad—objetivos:

ÁREA “X”:

- Resultado de la evaluación
- Objetivos de trabajo en este área.

Los objetivos principales están directamente relacionados con la evaluación y con las actividades específicas del programa de rehabilitación. Estos objetivos principales pueden a su vez subdividirse en otras unidades más específicas y concretas.

► Objetivo urgente

Es la línea prioritaria de trabajo en ese momento concreto, no tiene que coincidir con la línea de trabajo más importante aunque sí es la primordial en la situación actual.

► Fases del plan de rehabilitación

El plan de rehabilitación se estructura básicamente en tres fases: corto, medio y largo plazo, en las que se establecen las actividades a realizar por el usuario para desarrollar los objetivos ya reseñados. En principio, no es tanto un esquema de tiempo concreto, sino más bien secuencial en el sentido de ordenar la intervención en función de objetivos prioritarios y escalonados en orden a las dificultades individuales. Se deben cumplir los objetivos de una fase para pasar a la siguiente, sin embargo, y a pesar de las fluctuaciones temporales que se dan con respecto a la delimitación de tiempos rígidos y consecución de objetivos, sí se considera conveniente el delimitar flexiblemente en el tiempo las actividades a realizar y las previsiones de objetivos a cumplir.

► Ejemplo

1ª Fase

El usuario realizará durante esta primera fase un trabajo individual de entrenamiento para coger el autobús que le desplaza de su casa al Centro de

Rehabilitación, contará para ello con el apoyo del monitor, quien de acuerdo a su tutor, establecerán la secuencia de trabajo en este aspecto. En esta fase el usuario realizará igualmente las actividades de manejo de dinero, manejo de transportes e integración comunitaria (ocio y tiempo libre).

Es objetivo de esta fase el que consiga acceder al Centro de Rehabilitación por sus propios medios manejando correctamente los autobuses, así como que se apunte a la oficina del INEM y que inicie sus actividades de ocio a través de las promovidas en el Centro. El tiempo aproximado de consecución de los objetivos podría ser de alrededor de tres meses.

La familia realizará el programa de psicoeducación de familias, con el objetivo de darle información y apoyo, disminuir el estilo afectivo familiar de riesgo y evitar su aislamiento.

2ª Fase

Realizará en esta fase el programa de habilidades sociales en sus aspectos de habilidades conversacionales, asertividad, así como relaciones interpersonales; también realizará el programa de psicoeducación en sus módulos de educación para la salud y autocontrol, y seguirá con el programa de integración comunitaria (ocio y tiempo libre).

Es objetivo de esta fase conseguir una adecuado repertorio de interacción social con los demás tanto para su posterior reinserción laboral como para el desarrollo de una red de apoyo adecuada. Deberá conocer cuales son los factores de riesgo y protección de recaídas dada su condición de vulnerabilidad. De la misma manera deberá desarrollar las capacidades necesarias para hacer frente a situaciones de estrés que indudablemente se presentarán al aumentar el número de roles desempeñados. Deberá conseguir una progresiva independencia en el desarrollo de su ocio y tiempo libre no relacionada directamente con el Centro. El tiempo aproximado sería de 6 meses.

3ª Fase

Realizará en esta fase las actividades de técnicas de estudio, apoyo escolar e integración comunitaria (ocio y tiempo libre, orientación vocacional). Es el objetivo de esta fase el prepararle para desarrollar un trabajo formativo de manera que pudiera seguir un curso del INEM sin dificultad, de la misma manera se le apoyara en las

tareas concretas del curso así como con un trabajo de seguimiento a través del contacto con el monitor del curso una vez inscrito en él. Esta fase tiene un período de tiempo aproximado de unos seis meses.

► Características esenciales del Plan de Rehabilitación

- 1ª Evaluación de déficits
- 2ª Evaluación de capacidades
- 3ª Plan estructurado secuencial e individual
- 4ª Delimitación clara de objetivos
- 5ª Delimitación en el tiempo
- 6ª Adecuación al contexto del usuario
- 7ª Adecuación a las expectativas del usuario
- 8ª Implicación del usuario y familia en la confección y desarrollo del plan de rehabilitación.
- 9ª Observación y seguimiento del usuario en su desempeño real
- 10ª Salida real de reinserción
- 11ª Evaluación continua del desarrollo del plan y sus resultados

Se confecciona el PIR en el momento posterior a la evaluación con el consenso e implicación más amplio posible tanto del usuario como de la familia y se incorpora el usuario en este momento a los programas y actividades designadas, haciéndose una evaluación pre y post con el objeto de valorar su eficacia.

► Ejemplo: Plan de Rehabilitación

Aspectos relevantes

Usuario de 29 años, mayor de dos hermanos, en el colegio muy buen estudiante, con amigos y actividades de ocio hasta los 18 años que tuvo su primera crisis con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide. Posteriormente ha tenido dos ingresos más, el último en 1992, con ideas delirantes de referencia. El ambiente familiar ha sido conflictivo, tiene una hermana oligofrénica. Su conducta actual (bebe y sale mucho), preocupa a la familia.

La actitud familiar respecto a él es de resignación ante su enfermedad con pocas expectativas de mejoría. Hay una sobreprotección por ambos padres que le hacen ser dependiente.

Objetivos de Rehabilitación

Aumentar su autonomía personal, su red de apoyo socioafectiva, con un uso mayor de recursos comunitarios. Se valorará la posibilidad de derivarle al Centro de Rehabilitación Laboral (CRL) para que pueda acceder a un trabajo.

Objetivos principales

Autocuidados

Cuida su aseo personal y viene correctamente vestido. Come en exceso y ha engordado mucho. Duerme bien. La medicación la toma sólo. No participa en las tareas de casa.

Objetivos:

- Tenga una dieta equilibrada, y no coma entre horas.
- Asuma responsabilidades en las tareas de casa.

Afrontamiento personal y social

Está algo angustiado y deprimido. Tiene algunos amigos del barrio aunque los ve poco. Se muestra preocupado de lo que dice, aunque posee suficiente repertorio para comunicarse con los demás. Tiene un CI medio, sin deterioro, mayor dificultad en las pruebas manipulativas.

Objetivos:

- Aprender estrategias de autocontrol en situaciones de estrés.
- Se comunique con demás de forma más relajada.
- Disminuya su ansiedad y depresión.

Integración social

Le gusta mucho leer, realizó cursos de natación y de dibujo durante unos meses, ahora utiliza pocos recursos comunitarios. Juega al fútbol los sábados con amigos del barrio. Su red de apoyo se limita a un amigo y su familia.

Objetivos:

- Que amplíe sus intereses y participe en actividades socioculturales.
- Aumente su red de apoyo socio-afectiva.

Autonomía personal

Empezó ingeniero agrícola pero lo dejó en el primer año. Ha trabajado en la peletería de su padre durante alguno tiempo e hizo un curso de informática. Tiene la pensión no contributiva y cobra 34.000 pesetas.

Respecto a realizar gestiones y utilizar recursos sociosanitarios va acompañado del padre.

Objetivos:

- Que sea más autónomo en el uso de recursos y gestiones.
- Que pueda realizar algún trabajo o curso de formación.

Tratamiento

No sabe bien que le pasa, no tiene conciencia de enfermedad, aunque considera necesaria la medicación y se responsabiliza él de tomarla. Su sintomatología es negativa.

Objetivos:

- Que tenga más información sobre su enfermedad, los factores de riesgo y protección de recaídas.

Relaciones familiares

Existe una relación familiar conflictiva debida actualmente al comportamiento de la hermana. Los padres mantienen una actitud tolerante pero con pocas expectativas de mejoría. Cuentan con algunos apoyos, de familiares, amigos e institucionales. El padre, al estar jubilado, está muy pendiente de él.

Objetivos:

- Aumentar los conocimientos de la familia sobre la enfermedad.
- Aumentar las expectativas respecto a las posibilidades de rehabilitación; Se amplíe su red de apoyo.

► Fases del Plan de Rehabilitación

1ª Fase

A pesar de tener bastantes recursos, ahora se siente muy inseguro, con poca resistencia a la frustración y muy sensible a las críticas, por lo que comenzaremos su plan de rehabilitación con pocas actividades que no requieran un esfuerzo intelectual reforzándole mucho los logros alcanzados.

Los objetivos en la primera fase serán:

- Que esté más ágil y baje de peso.
- Realice actividades de ocio que le gusten.
- Esté más relajado con la gente.

2ª Fase

Una vez alcanzados estos objetivos previos, pasará a la 2ª fase con los siguientes:

- Aprenda a manejarse mejor en situaciones de estrés.
- Conozca mejor su enfermedad, los factores de riesgo y protección de recaídas.
- Se amplíe su red de apoyo socio-afectiva.
- Los padres tengan más información sobre su enfermedad y aumenten sus expectativas.

3ª Fase

Se valorará la posibilidad de que pueda realizar algún trabajo o curso de formación.

Programas de seguimiento y cuidados para pacientes graves y crónicos. Un modelo español de *Case Management*

Miguel Donas Hernández /Alberto Fernández Liria

► Introducción

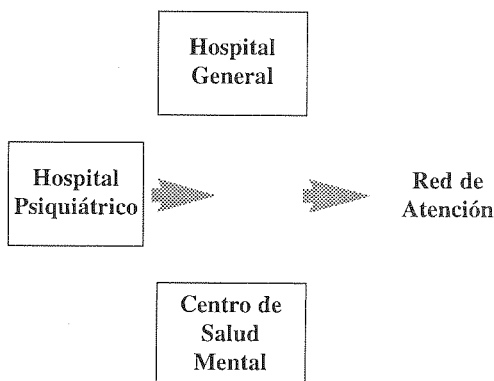
Los programas de seguimiento y cuidados para pacientes graves y crónicos empezaron a desarrollarse en España en la segunda mitad de los 80 cuando ya llevaban tiempo de rodaje sobre todo en los Estados Unidos de América. Los planteamientos teóricos y asistenciales que los motivaron en todo el mundo se desarrollan en este mismo libro por Geoff Shepherd y sus dificultades y peculiaridades de su desarrollo en España han sido desarrolladas en otra parte (Fernández Liria y García Rojo 1990, Fernández Liria 1995).

Tras un lustro de experiencia han comenzado a reducirse formalizaciones y modos de proceder sustentados de un consenso entre los profesionales. Una parte del material presentado aquí refleja este consenso alcanzado en los talleres realizados durante el primer congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, celebrado en mayo de 1995. Otra parte refleja los modos concretos de actuar en los servicios de salud mental del Instituto Psiquiátrico José Germain (Área 9).

atención obsoleto pero simple como era el hospital psiquiátrico, por uno potencialmente eficaz pero difícil de utilizar, como es la red compleja de servicios que se articuló como respuesta al relativo fracaso frente a los problemas presentados por los pacientes graves y crónicos, del sistema diádico basado en los centros de salud mental y las unidades de estancia corta en los hospitales generales (figuras 1 y 2).

97

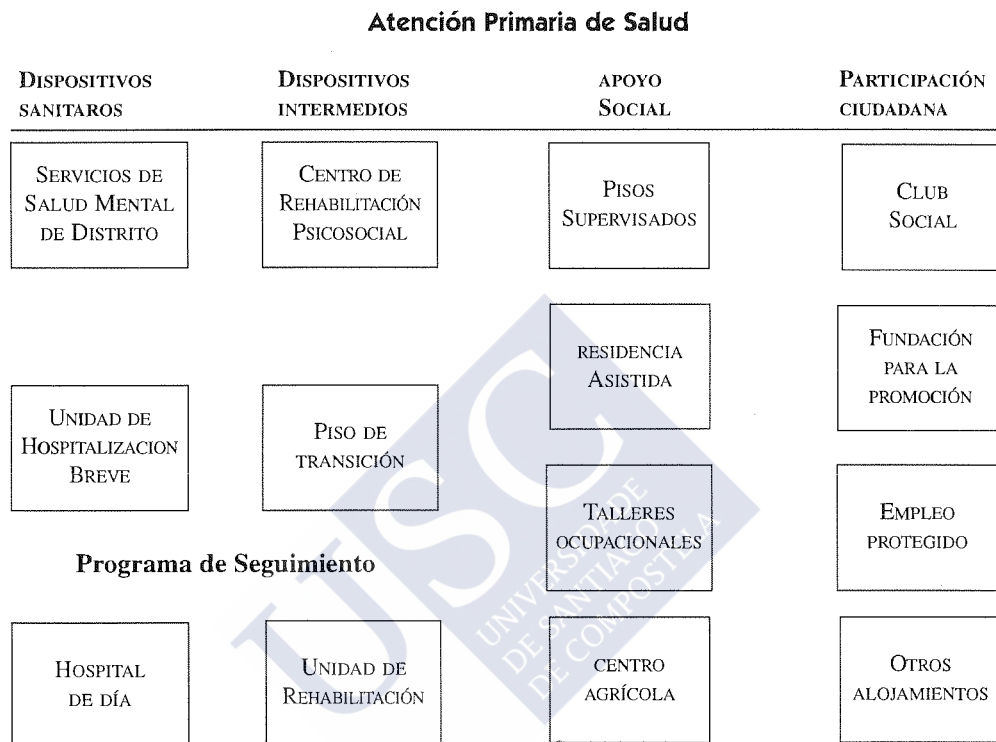
Figura 1



► Del hospital a la red compleja de servicios comunitarios

Estos programas responden a las nuevas necesidades suscitadas por la sustitución de un sistema de

Figura 2



98

Pretenden garantizar un máximo aprovechamiento de los recursos de salud mental en particular y comunitarios en general por una población que, debido al padecimiento de un trastorno mental grave o crónico, tiene dificultades para conseguirlo a través de su asignación a un **tutor** que gestiona un **plan individualizado de seguimiento y cuidados**.

En el taller referido arriba este **propósito** se formalizó como sigue:

- 1.- Es un programa de intervención dirigido a la población de enfermos mentales graves y crónicos que necesitan de la utilización de múltiples programas y recursos de salud mental para atender sus necesidades biopsicosociales.
- 2.- Se define como un programa que presta apoyo a la población a la que va dirigida para garantizar la continuidad de cuidados dentro de una red de Servicios de Salud Mental y Comunitarios y que

garanticen la coordinación entre los dispositivos que se utilicen en el proceso terapéutico y que de respuesta en cada momento a las necesidades materiales, instrumentales y emocionales del paciente y de su familia.

► Características generales de los programas

Se definieron los siguientes 6 **objetivos**:

- a) Desarrollar un sistema de cuidados, control y asesoramiento de usuarios y familiares de alto contacto con los Servicios de Salud Mental.
- b) Elaborar programas individuales de seguimiento y cuidados para cada persona que los precise.
- c) Proporcionar al resto de los programas de los

Servicios de Salud Mental y a los usuarios, asesoramiento e información sobre los recursos sanitarios, sociales y comunitarios.

-) Garantizar el sistema de coordinación y elaboración de las actuaciones conjuntas sobre esta población con los servicios sociales municipales, sanitarios, culturales y otras asociaciones e instituciones públicas y privadas de forma reglada.
-) Promover recursos comunitarios que sirvan de soporte social a los enfermos incluidos en este programa: vivienda, apoyo familiar, voluntariado, ocio, empleo, etc.
-) Detectar población de enfermos mentales crónicos que no frecuentan los servicios sanitarios y establecer acciones para intervenir sobre esta población.

Igualmente se acordaron los siguientes **principios básicos** para el desarrollo del programa:

El programa se constituye en la vía de acceso al programa de rehabilitación.

Los programas se planificarán de forma altamente individualizada.

El tutor garantizará la continuidad de cuidados.

Utilización de la relación con el tutor como elemento fundamental de aprendizaje y tratamiento.

Determinación individualizada del grado de apoyo y de las estructuras necesarias. Se considera la necesidad o no de pasar al paciente a dispositivos específicos y del grado de apoyo comunitario que necesite.

Facilitar el desarrollo de los recursos propios por parte del paciente.

Flexibilidad en la frecuencia, la duración y el lugar de los contactos (lo que no implica que cuando es necesario se plantee con firmeza).

Mantenimiento de la responsabilidad de los pacientes, no dándole de alta en un programa mientras que no se encuentre otro más adecuado.

Trabajar con las familias sobre la idea de considerar estas como un factor de evolución de la enfermedad.

Defensa de los derechos de los pacientes en relación a la posible utilización de cualquier servicio que presta la comunidad para todos los ciudadanos.

De los distintos modelos de *case management* descritos en la literatura (Kanter 1989, Fernández Liria García Rojo 1990) en España se ha optado generalmente por el de adscripción a un **tutor** (*case manager*) ie, por regla general es un enfermero o trabajador

social perteneciente al equipo interdisciplinario de un centro de salud mental comunitaria. En el Instituto Germain se dispone de aproximadamente un tutor por cada 30.000 habitantes del área de referencia.

De este modo el tutor se convierte en el elemento clave como referente tanto del paciente como de sus familiares y los profesionales que desde los diferentes dispositivos de la red actúan en uno u otro momento sobre él.

Uno de los aspectos repetidamente señalados en el taller al que venimos haciendo referencia es el de la necesidad de un alto grado de motivación, responsabilidad, flexibilidad y disponibilidad por parte del tutor, lo que no siempre es fácil de conseguir dado el carácter rígido de los sistemas de contratación en el sistema público español, la inexistencia de incentivos y el alto riesgo de *queme* que conlleva el trabajo con pacientes crónicos.

Un aspecto controvertido en el taller fue el de la cantidad de pacientes que podrían asignarse con garantías de calidad a un tutor. Una exploración de lo existente oscilaba entre 20 y 80. Debe tenerse en cuenta que pacientes que en un momento determinado de su historia pueden necesitar una atención casi constante, pueden tras un trabajo bien llevado mantenerse con un contacto mínimo con el **tutor** y que, en cualquier caso, el límite no viene establecido por la cantidad de pacientes atendidos sino por la cantidad de actividades requeridas por el total de los pacientes asignados a cada tutor. Se hizo especial hincapié en la necesidad de proveer sistemas reglados de supervisión y apoyo para los tutores.

Se discutió largamente sobre el difícil pero imprescindible balance entre la necesidad de establecer objetivos y expectativas realizables y el principio de procurar el máximo de autonomía posible para cada caso. Igualmente se plantearon las dificultades en establecer criterios de terminación o alta de un programa de estas características.

► Actividades del programa de seguimiento

Estos objetivos se persiguen a través de una serie de **actividades** que enumeramos a continuación y cuyo esquema (inspirado en el propuesto por Kanter 1989) se muestra en el cuadro 3. Son los siguientes:

1.- Actividades de evaluación y programación

1.1. Evaluación previa

La demanda puede provenir de dos fuentes:

1.1.1. Solicitud por el terapeuta o equipo responsable del caso en los SSM.

Para ello se ha habilitado un protocolo que establece que información debe aportarse por parte del clínico y con que formato y cómo debe formularse la propuesta de objetivos

1.1.2. Actualización sistemática del censo de usuarios graves y crónicos.

Se realiza a través de rastreos periódicos realizados por los clínicos de los Servicios de salud y miembros del equipo de seguimiento y a través de unos **cráteros de sospecha** (cuadro 4) que son rastreados automáticamente por el sistema de registro y detectan usuarios que serían susceptibles

La evaluación previa se efectúa en reunión del terapeuta responsable del caso y uno o varios representantes del equipo de seguimiento. En ella se establece una propuesta de objetivos para el plan individualizado de seguimiento y se determina quien, donde y cómo realizará la fase de acogida.

1.2. Acogida

Es el primer contacto del usuario con las personas que van a efectuar el seguimiento. Según se ha determinado en la fase anterior puede realizarse:

- en presencia del terapeuta hasta ahora responsable

- en ausencia del mismo

Y, atendiendo al **lugar**, puede ser

- en la consulta del terapeuta responsable o unidad que en ese momento lo atiende (hospitalización, rehabilitación...)

- en la consulta de enfermería

- en el domicilio del usuario

Sus **objetivos** son:

1.2.1. Abrir la historia y la ficha específicas del programa.

1.2.2. Realizar una recogida sistemática de los datos necesarios para elaborar el plan individualizado

En el área 3 de Madrid existe un procedimiento protocolizado en cuatro fases para la elaboración de este tipo de planes (Fernández Liria 1995).

1.2.3. Proporcionar al usuario una información sobre el funcionamiento del programa y los motivos de su adscripción al mismo.

1.2.4. Iniciar el proceso de construcción de una alianza de trabajo.

1.2.5. Elaborar un plan individualizado de seguimiento y cuidados.

Esta fase se llevará a cabo en tantas entrevistas como sea preciso, e involucrando a cuantas personas del entorno del usuario parezca necesario.

2.- Actividades centradas en el caso

2.1. Control de adherencia al tratamiento

Comprende aquellas actividades encaminadas a detectar la inasistencia a las citas o controles previstos en cada plan de tratamiento o rehabilitación, recoger información sobre el motivo de las mismas y adoptar medidas para evitarla.

Utiliza los instrumentos que, en cada caso, parezcan más adecuados, de la llamada telefónica a la visita al domicilio del usuario o lugares o instituciones frecuentados por él.

2.2. Control de tratamientos protocolizados

Se refiere a las actividades encaminadas a garantizar el cumplimiento de los protocolos de aquellos tratamientos que exigen monitorización estrecha, a través de mecanismos que involucran a varios dispositivos o niveles de atención (litio, clozapina...)

2.3. Actividades de Psicoeducación

Incluye, como mínimo y para todos los casos, información protocolizada sobre el programa y sus condicionantes.

Además incluyen las actuaciones que se fijan en cada plan individualizado, dirigidas directamente al usuario o a elementos de su entorno (familia, trabajo, convivientes, cuidadores...).

2.4. Grupos de control

Organizan, para aquellos casos en los que así se considere indicado en el plan individualizado, las actividades de control (centradas en la sintomatología y el desempeño social) y de psicoeducación. Incluyen de 8 a 20 pacientes y son coordinados por un enfermero o un trabajador social.

2.5. Grupos de medicación

Cumplen la misma función que los anteriores pero se centran alrededor de la toma de medicación y sus efectos colaterales.

2.6. Apoyo y asesoramiento

Según modalidad, objetivos y procedimientos explicitados en el plan individualizado de seguimiento.

2.7. Alojamiento

Se orienta a proporcionar un uso adecuado de los recursos de alojamiento (pisos autónomos, pisos protegidos, unidad de rehabilitación con cuidados mínimos de enfermería, residencia asistida, vivienda transitoria, pensiones subvencionadas...) que puedan estar disponibles.

3.- Actividades centradas en el entorno.

3.1. Coordinación con cada dispositivo

Se establece un calendario de reuniones periódicas del equipo de seguimiento con los de otras unidades (que se lleva a cabo además de las reuniones centradas en casos concretos que puedan tener lugar). Así se hace con los Servicios de Salud Mental de Distrito, la Unidad de Hospitalización Breve, la Unidad de Rehabilitación, el Centro de Rehabilitación Psicosocial...

Tiene como objetivo garantizar la concordancia de las actuaciones de cada dispositivo con el plan individualizado para cada usuario

3.2. Censo de recursos sociocomunitarios

Comprende la actualización de todos los recursos y prestaciones utilizadas o utilizables en los programas individualizados e información sobre vías de acceso y condiciones de uso. Incluye también el conocimiento de las vías para proponer a las instituciones sociocomunitarias actividades que puedan resultar de interés, y la misma propuesta de éstas.

Utiliza como instrumento el contacto periódico con las instituciones a implicar.

3.3. Conexión con recursos comunitarios

Comprende el conjunto de actuaciones encaminado a proporcionar a los usuarios información sobre los recursos disponibles, consejo y apoyo para optar por la utilización de alguno, facilitarles el cumplimiento de las condiciones de acceso y el contacto, y facilitar, controlar y apoyar el uso de los mismos.

3.4. Consulta con la familia y otro personal cuidador

Comprende actividades de apoyo y asesoramiento y puede ser motivo de decisiones como, por ejem-

plo, proporcionar provisionalmente alojamiento para permitir un descanso. Incluye actividades de cuidados, psicoeducación y apoyo social.

Utiliza como instrumento las consultas de enfermería y trabajo social, la visita domiciliaria y el grupo de familias con encuadre abierto o cerrado.

3.5. Mantenimiento y desarrollo de soporte comunitario individualizado

Supone el desplazamiento y la actuación en lugares de trabajo, ocio, convivencia u otros que constituyen el entorno habitual del usuario.

3.6. Asesoría y defensa del usuario

Se refiere a las actividades encaminadas a garantizar el respeto a los derechos del usuario por las personas e instituciones de su entorno y su no conculcación por causa de su trastorno mental.

3.7. Promoción de asociacionismo

Comprende las actividades de apoyo a la creación o al desarrollo de las asociaciones de los usuarios y de allegados y de cuantas tengan como objetivo la promoción o la protección de la salud mental y las de creación de una fundación que permita mancomunar fondos para el desarrollo de prestaciones de apoyo. En el momento actual estas asociaciones gestionan recursos integrados en la red tanto en el área 3 como en la 9, y participan en la Comisión de Rehabilitación de cada una de ellas.

3.8. Organización del voluntariado

El voluntariado tiene poca tradición en Madrid y la colaboración de voluntarios en las actividades del programa ha sido excepcional. Bajo este epígrafe se han desarrollado unos programas de apoyo a las actividades de ocio y tiempo libre de los programas de rehabilitación, que se han desarrollado por el trabajo de objetores de conciencia que han realizado en estas tareas la prestación social sustitutoria.

4.- Actividades centradas simultáneamente en el caso y en el entorno

4.1. Intervención en crisis

Se refiere exclusivamente a usuarios previamente incluidos en el programa y para los que se prevé explícitamente esta modalidad en su plan individualizado.

Hasta la habilitación de un teléfono de 24 horas funcionará exclusivamente en horario de mañana y en días laborables.

4.2. Evaluación y control de resultados

Comprende, al menos información de tres tipos de fuentes:

4.2.1. El propio usuario

4.2.2. Los elementos significativos del entorno

4.2.3. El(los) terapeuta(s) que inciden en el caso

Es un proceso permanente pero revierte en la comisión de evaluación con la periodicidad fijada en cada plan individualizado.

► Comentarios finales

Tras mas de cinco años de experiencia en estos programas estamos convencidos tanto por la información disponible, como por la generada en los grupos de consenso y la adelantada por algunas investigaciones en marcha que este tipo de programas concitan un alto grado de satisfacción tanto en los usuarios como en los familiares y en los profesionales de las distintas unidades de la red que actúan sobre el caso.

La práctica en estos programas nos ha enseñado que su desarrollo es clave para conseguir tanto que los pacientes se adapten a los requisitos exigidos por las actividades comunitarias que se les ofrecen, como que los miembros de la comunidad sientan la confianza y la seguridad suficiente como para facilitarles el acceso a recursos que, de otro modo, les resultarían inaccesibles. De este modo proveemos un instrumento para garantizar que los enfermos mentales pueden ejercer los derechos que les corresponden como miembros de la comunidad.

La hipótesis de que el desarrollo de este tipo de programas disminuyen el uso de servicios hospitalarios, mejoran la calidad de vida de los usuarios y sus familias y aumentan la integración social es en este momento objeto de varios trabajos de investigación.

CUADRO 3: Esquema general de las actividades desarrolladas en los programas de seguimiento y cuidados de pacientes graves y crónicos

1.- Actividades de evaluación i programación

- 1.1. Evaluación previa
- 1.2. Acogida

2.- Actividades centradas en el caso

- 2.1. Control de adherencia al tratamiento
- 2.2. Control de tratamientos protocolizados
- 2.3. Actividades de psicoeducación
- 2.4. Grupos de control
- 2.5. Apoyo y asesoramiento
- 2.6. Alojamiento

3.- Actividades centradas en el entorno

- 3.1. Coordinación con cada dispositivo
- 3.2. Censo de recursos sociocomunitarios
- 3.3. Conexión con recursos comunitarios
- 3.4. Consulta con la familia y otro personal cuidador
- 3.5. Mantenimiento y desarrollo de soporte comunitario individualizado
- 3.6. Asesoría y defensa del usuario
- 3.7. Promoción del Asociacionismo

4.- Actividades centradas simultáneamente en el caso y en el entorno

- 4.1. Intervención en crisis
- 4.2. Evaluación y control de resultados

CUADRO 4: criterios de sospecha para la detección automática de personas potencialmente necesitadas de programa de seguimiento y cuidados a través del registro acumulativo de casos psiquiátricos

- ✓ 2 ó mas hospitalizaciones o mas de 30 días de ingreso en el último año
- ✓ 5 ó mas hospitalizaciones o mas de 150 días de hospitalización a lo largo de la vida
- ✓ 3 atenciones en la urgencia hospitalaria en el último año o 10 a lo largo de la vida
- ✓ diagnóstico de esquizofrenia, delirio crónico, o trastorno grave de la personalidad
- ✓ mas de 5 citas perdidas en el Servicio de Salud Mental de Distrito durante el último año

► Bibliografía

Fernández Liria A, García Rojo MJ. Los programas de *case management*; conceptos básicos y aplicabilidad. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 1990; 32: 65-75.

Fernández Liria A. Los programas de seguimiento y cuidados de pacientes graves y crónicos: un modelo de case management para la reforma psiquiátrica en Madrid. La Rehabilitación Psicosocial Integral a la Comunitat i amb la Comunitat 1995; 1: 32-36.

Kanter J. Clinical case management: definition, principles, components. Hosp Community Psychiatry 1989; 40: 361-368.



El concepto de esquizofrenia y el papel de la familia en el tratamiento

El movimiento psico-educativo

Emilio Gutiérrez

Los trastornos que hoy incluimos bajo el rotulo de esquizofrenia han experimentado a lo largo de la historia prácticamente todo el rango posible de tratamientos que la mente humana ha podido imaginar, desde la hoguera hasta un pasaje a la muerte en los barcos de los locos, desde las piscinas heladas en la América colonial a las innovaciones de principio de siglo tales como enemas diarios y la extracción dental completa. En décadas más recientes se han empleado electrochoques, comas insulínicas y lobotomías.

La formalización psicoanalítica de los problemas mentales, desde principios de siglo, supone la entrada de los familiares de los pacientes esquizofrénicos dentro de las especulaciones teórico-etiológicas. Así, hasta mediados de siglo, no es raro que los familiares de este tipo de pacientes perciban veladas inculpaciones (primero las madres y luego la pareja parental) de lo que le ocurre al paciente. Sin embargo, en la clínica cotidiana de esos años lo que los familiares reciben por parte de los profesionales de la salud mental es una indiferencia distante.

Sólo desde la década de los cincuenta los familiares de los pacientes comienzan a verse involucrados de forma explícita (en sesiones conjuntas) en el tratamiento de la esquizofrenia. Después de un primer período de euforia, durante las décadas cincuenta y sesenta, donde el tratamiento de la esquizofrenia es incluso el contexto responsable de la acuñación y desarrollo del movimiento de la terapia familiar, la

década de los setenta podría ser denominada como una fase de pesimismo depresivo.

En la década de 1950, la terapia familiar surge como el brazo aplicado de una serie de miniteorías que postulaba el papel etiológico de ciertas características familiares en la aparición de la esquizofrenia. La que más popularidad alcanzo fue, sin duda, la teoría del doble vínculo (Bateson y cols, 1956), que señalaba una serie de pasos, o secuencias comunicativas, que "supuestamente" explicaban tanto la aparición de la esquizofrenia, como su mantenimiento.

Otras teorías que sostenían similares planteamientos etiológicos eran la postulada por Laing (1965) - cuyo elemento central era el proceso de mistificación- el planteamiento de Lidz y Fleck (1960), que subrayaba la importancia de los conflictos de la pareja parental (los cismas y sesgos maritales), y la propuesta por Wynne y Singer (1959) que subrayaba la importancia de los patrones de comunicación desviada y la característica pseudomutual de la estructura de roles de la familia del esquizofrénico. Todas estas teorías, en boga a partir de los años cincuenta, compartían el planteamiento de la relevancia etiológica de diferentes aspectos relacionados con la familia. La causa de la esquizofrenia estaba en la familia.

El objetivo general de la terapia familiar basada en estos presupuestos se centraba en la modificación de la dinámica, estructura y patrones de comunicación

intrafamiliar con el objeto de cambiar el contexto familiar, ya que el comportamiento esquizofrénico era, de uno u otro modo, una respuesta adaptativa a un ambiente anormal. Por lo tanto, una de las características de este tipo de terapia familiar era el énfasis en los aspectos negativos, deficitarios, carenciales e incluso patognomónicos de la familia.

Esta apertura inicial de la terapia familiar basada en una concepción parentogénica que surge al amparo de las diversas teorías mantenidas por los autores citados más atrás era, en realidad, un subproducto de las líneas de investigación generadas por los planteamientos teóricos en la década de los cincuenta. El inicio mismo de esta involuación de los familiares del paciente en terapia no tenía más objeto, como ha señalado claramente Wynne (1983), que la obtención de datos sobre la interacción de la familia del esquizofrénico. Curiosamente, en la década de los sesenta, y mucho más en los setenta, se produce un abandono del interés por la investigación con familias de esquizofrénicos, debido a ausencia de resultados consistentes (Jacob, 1975; Goldstein y Rodnick, 1975; Doane, 1978; Liem 1980) y ese abandono del interés por la familia del esquizofrénico desde el punto de vista de la investigación repercutió también, pero en menor medida, en lo que se refiere a la terapia familiar. Por lo tanto, otra característica de esta primera involucración de los familiares en el tratamiento del paciente, bajo el paraguas de la terapia familiar, es su naturaleza puramente especulativa y la carencia de una investigación sólida que justificase su aplicación.

1 ➤ El interés renovado por la familia del paciente esquizofrénico.

Del doble vínculo a la expresión de emociones

El interés actual por las familias de los pacientes esquizofrénicos se circunscribe en un modelo de tratamiento global y se apoya en los resultados de una serie de investigaciones que resaltan el papel de características concretas del ambiente inmediato del paciente sobre el curso de la enfermedad y del resultado producido por la aplicación, dentro del marco de la investigación, de paquetes de tratamiento en los que se involucra activamente a los familiares.

La característica innovadora de estos tratamientos - que han supuesto el germen de la popularización del enfoque psico-educativo (Gutiérrez, 1994)- es su desconexión con cualquier planteamiento etiológico de la familia en la evolución de la esquizofrenia y, por el contrario, asumen un modelo de esquizofrenia que se ha popularizado como modelo de diátesis al estrés que postulan la existencia de una predisposición o vulnerabilidad básica a desarrollar la enfermedad. El modelo de diátesis al estrés (Zubin y Spring, 1977) reconocen numerosas contribuciones al grado de vulnerabilidad, pero se distingue claramente entre vulnerabilidad y episodios de la enfermedad. La vulnerabilidad de un individuo a una enfermedad determina la facilidad y frecuencia con la que desafíos apropiados a la homeostasis le catapultan en la enfermedad, pero en si misma no es suficiente para que la enfermedad se exprese totalmente en un episodio esquizofrénico.

La nueva relevancia de las familias en el tratamiento de la esquizofrenia, re-interpretada dentro del modelo de vulnerabilidad y desprovista de cualquier matiz causal por la fuerte orientación actual hacia las explicaciones reduccionistas de corte biologicista, está provocada por la devolución comunitaria de los pacientes a sus propias familias.

En los últimos cuarenta años el cambio en la política de altas, que se produjo a inicios de los cincuenta ante la imposibilidad de seguir albergando en instituciones especiales a una población cada vez más numerosa de pacientes aquejados de problemas mentales graves, ha modificado el panorama psiquiátrico. Con la paulatina clausura de las grandes instituciones asistenciales por la actual corriente de tratamiento comunitario, las largas hospitalizaciones, prácticamente de por vida en muchos casos, han dado paso a otra situación en la que las hospitalizaciones son breves y recurrentes. Este fenómeno de aceleración de giro de la puerta de las instituciones psiquiátricas (que ha posibilitado que con el mismo número de camas se atienda a una población mayor de pacientes), ha provocado que la atención y el cuidado de los pacientes se haya desplazado a los propios hogares. El eufemismo del tratamiento comunitario supone en la actualidad el hecho, nada despreciable, que más de un 60% de los pacientes esquizofrénicos residan regularmente en su hogar (cifra que es superior en nuestro país), residencia que se ve interrumpida con estancias cada vez más cortas en el hospital.

Precisamente este movimiento de des-institucionalización supone el contexto de los primeros resultados que van a posibilitar una lectura nueva del papel de la familia en el tratamiento de la esquizofrenia, posibilitada por la investigación de la influencia del clima emocional en el hogar sobre el curso del paciente esquizofrénico.

La línea de investigación en torno a la **"Expressed Emotions" (EE)**, curiosamente también tiene sus comienzos en la década de 1950 con una serie de investigaciones realizadas por miembros del Institute of Social Psychiatry de Londres, encabezados por G. Brown, con las primeras cohortes de pacientes psiquiátricos dados de alta de forma masiva, coincidiendo con el cambio en la política de altas.

Tratando de encontrar sentido a unos primeros resultados que indicaban que el tipo de residencia al que el paciente retornaba después de la salida del hospital, particularmente el hogar parental o el conyugal, se encontraba asociado con un incremento del riesgo de recaída, en comparación con otros pacientes que regre-

saban a otros tipos de residencia (Brown, Carstairs y Topping, 1958, Brown, 1959). Investigaciones posteriores (Brown, Monck, Carstairs y Wing, 1962; Brown, Birley y Wing, 1972) ayudaron a reducir e identificar el conjunto de actitudes manifestadas por los familiares durante una entrevista que se realizaba durante una recaída del paciente. Esas características de los familiares durante la entrevista mantenían un alto poder predictivo de las recaídas que el paciente evidenciaba en los nueve meses posteriores a la realización de la entrevista.

Aunque esta labor sistemática de George Brown había sentado las bases de esta línea de investigación, no es hasta 1976 cuando se produce el "boom" internacional del concepto EE con motivo de una replicación efectuada por Christine Vaughn y Julian Leff (1976).

Las replicaciones en diferentes países, sólo con respecto a la esquizofrenia, han crecido exponencialmente desde 1976. En la Tabla 1 aparece una relación de la mayor parte de los estudios naturalistas realizados y publicados hasta el momento.

Tabla 1. **RELACIÓN EXPRESIÓN DE EMOCIONES
Y RECAÍDA EN DIFERENTES ESTUDIOS**

AUTORES/AÑO	N	CIUDAD	%	REC.
BROWN et al. 1972	101	LONDRES	58	16
VAUGHN Y LEFF 1976	37	LONDRES	50	12
VAUGHN et al. 1984	69	LOS ÁNGELES	56	11
MOLINE et al. 1985	24	CHICAGO	70	29
McMILLAN et al. 1986	77	ESCOCIA	63	39
JENKINS et al. 1986	70	LOS ÁNGELES	58	26
NEUCHTERLEIN et al. 1986	45	LOS ÁNGELES	39	0
McCREADIE et al. 1987	72	NITHSDALE	36	26*
LEFF et al. 1987	62	CHANDIGAR	31	9
TARRIER et al. 1988		SALFORD	53	22
PARKER et al. 1988	57	SYDNEY	48	60
GUTIÉRREZ et al. 1988	32	GALICIA	54	10
AREVALO et al. 1989	31	MADRID	44	38*
BARRELET et al. 1990	36	GINEBRA	33	0
MOZNY et al. 1992	125	CHECOSLOVAQ.	59	23
VAUGHAN et al. 1992	91	SIDNEY	53	36
MONTERO et al. 1992	60	VALENCIA	40	10

El * señala que la diferencia no es significativa

La persistencia de los resultados en los últimos veinte años en diferentes países y culturas (a pesar de algunos resultados no-confirmatorios de la relación entre EE y las recaídas) permite establecer con cierta claridad el factor de riesgo que supone para el mantenimiento del paciente en la comunidad la interacción estrecha con sus familiares. Los pacientes que después del alta del hospital van a residir con familiares altos en EE (que han rebasado los puntos de corte convencionales en al menos una escala del grupo compuesto por la tríada Comentarios Críticos, Sobreimplicación Emocional y Hostilidad) sufren de dos a tres veces más recaídas en el primer año del alta que los pacientes que vuelven a hogares con familiares bajos en EE (que no rebasaron los puntos de corte en esas tres escalas).

Un resumen de la investigación generada de forma descriptiva es planteada por Bebbington y Kuipers (1994) en el primer análisis acumulativo de los estudios realizados. Sobre los 1346 pacientes estudiados desde 1962 (incluidos los resultados negativos), la asociación entre EE y las recaídas se sitúa en un 50% para los pacientes que conviven después del alta en hogares altos en EE, frente al 21% de recaídas en el caso de los hogares bajos en EE. Con respecto a uno de los factores moduladores de esa relación, el contacto cara a cara entre los familiares y el paciente, los resultados son igualmente claros. El porcentaje de recaídas de los pacientes en hogares altos en EE que tienen un contacto continuo (igual o superior a 35 horas semanales) es del 58,8%, frente al 41,7% en los casos en que el contacto no es tan intenso (chi cuadrado = 12,4; 1 gl; $p = 0.0004$). En cambio para los pacientes que conviven en estrecho contacto con familiares bajos en EE, no sólo el contacto no parece aumentar el riesgo de recaída, sino que lo disminuye (pacientes en estrecho contacto que recaen, 23,9%; pacientes en bajo contacto que recaen, 18,3% -la diferencia no es significativa).

Más importante es el análisis que muestra como la relación entre EE y recaídas es independiente (o no es un artefacto) del nivel de colaboración del paciente con la medicación de mantenimiento. Así, mientras el 57,7% de los pacientes que interrumpen la medicación y conviven con familiares altos en EE recayeron, el porcentaje de recaídas para los pacientes con una colaboración deficiente que conviven en hogares bajos en EE, es del 27,9% (chi cuadrado = 26,3; 1 gl; $p = 0.0001$). Sin embargo, no hay diferencias signifi-

cativas (Chi Cuadrado, test exacto de Fisher, $p = 0,10$) en el caso de los pacientes que regresan a hogares bajos en EE, tanto si interrumpen la medicación (27,9%), como si muestran una colaboración aceptable (18,4%). El papel de EE se muestra efectivo también en los casos en los que los pacientes muestran una buena colaboración (alta EE, 44,3%; baja EE 18,4; chi cuadrado = 45; 1 gl; $p = 0.0001$).

Por supuesto existen en la voluminosa literatura relacionada con EE bastantes precisiones y matices con respecto al último párrafo cuyo examen pormenorizado rebasaría los márgenes de este capítulo. Por citar sólo de pasada algunos de ellos, tendríamos:

Cambios en el contexto y sistema de evaluación de las actitudes de los familiares; la elaboración en torno a la independencia, estabilidad de esas actitudes (tanto en las escalas diferenciadas como el constructo genérico EE) y su relación con respecto a las características socio-demográficas, premórbidas y clínicas de los pacientes; el intento por rastrear la vertiente comportamental de los familiares a partir de las diferencias actitudinales tanto con respecto al paciente (concordancia actitud-conducta), como desde el punto de vista formal de los patrones de interacción entre familiares y pacientes; la ampliación de la investigación a otras entidades diagnósticas tanto psicológicas, como físicas; la extensión del poder predictivo del constructo actitudinal EE a otros contextos institucionales diferentes al de la relación del paciente y sus familiares (actitudes del staff y el papel de EE en la relación terapéutica).

2 ► La eficacia de los estudios de intervención

La incontrastable evidencia de que la vulnerabilidad del paciente no resiste la convivencia cargada emocionalmente, así como la limitada protección de la medicación neuroléptica en la prevención de las recaídas son elementos que conectan la línea de investigación sobre EE con los intentos de ofrecer paquetes de tratamiento psico-sociales añadidos a la medicación de mantenimiento.

La eficacia de los neurolépticos es particularmente importante en la resolución de las fases activas. Administrados en dosis más bajas, como medicación de mantenimiento, la protección de los neurolépticos

frente a las recaídas, aunque importante dista mucho de ser completa. La medicación en cualquiera de sus modalidades de administración, dosis y estrategias de mantenimiento, dista mucho de ofrecer una protección completa frente a las recaídas. Esta incapacidad es independiente del grado de colaboración en el paciente ya que la aparición de versiones depot de los neurolépticos orales permitió ayudar a determinar la eficacia de la medicación una vez descartada la ausencia de colaboración. (Kissling, 1994).

De este modo, el papel que se otorga a la familia del esquizofrénico se inscribe dentro de un intento global de mejorar esa expectativa de recaídas que marca el límite de la eficacia de la medicación. Sin embargo este nuevo interés por los familiares de los pacientes esquizofrénicos no es tan disruptivo en lo

que respecta al rol de los familiares en el proceso de enfermedad del paciente. Este nuevo matiz en la implicación de la familia del paciente esquizofrénico se expresa en los planteamientos psico-educativos.

El aspecto más relevante en la consolidación de este "modelo psico-educativo", que supone una nueva línea argumental para la implicación de los familiares en el tratamiento, ha estado constituido por la publicación de una serie de estudios de intervención que, desde 1981 hasta la actualidad, muestran sistemáticamente la eficacia de diferentes paquetes de tratamiento psicosocial. En todos ellos, cuyos resultados se incluyen en las Tablas 2 y 3, se muestra como las condiciones que menor tasa de recaídas presentan tienen como denominador común la participación de los familiares de los pacientes.

Tabla 2. Porcentajes de Recaídas en los Estudios de Intervención

ESTUDIOS	6 meses	9 o 12 meses	24 meses
Estudio de UCLA (Goldstein y Kopeikin, 1981)			
Intervención Familiar (N=25)	0		
Tratamiento Convencional (N=28)	16		
Camberwell (Estudio1) (Leff et al., 1982, 1985)			
Intervención Familiar (N=12)		8	20
Tratamiento Convencional (N=12)		50	78
Camberwell (Estudio2) (Leff et al., 1989, 1990)			
Terapia Familiar (N=12)		8	33
Grupo de Familiares (N=6)		17	36
Estudio de California-USC (Falloon et al., 1982, 1985)			
Intervención familiar (N=18)		6	17
Tratamiento Individual (N=18)		44	83
Estudio de Hamburgo (Kotgen et al., 1984)			
Intervención psicodinámico-grupal (N=15)		33	
Grupo Control (Alta EE) (N=14)		43	
Grupo Control (baja EE) (N=20)		20	
Estudio de Pittsburgh (Hogarty et al., 1986, 1991)			
Intervención Familiar (N=21)		19	32
Entrenamiento Habilidades Sociales (N=20)		20	42
Combinación (TF + EHS) (N=20)		0	25
Grupo Control (N=17)		41	66

Tabla 3. Porcentajes de Recaídas en los estudios de intervención (Cont.)

ESTUDIOS	9 o 12 meses	24 meses
Estudio de Salford (Tarrier et al., 1988, 1989)		
Terapia Familiar (N=25)	5	24
Sólo Educación (N=14)	43	57
Tratamiento Convencional (15)	53	60
Estudio de Sydney (Vaughan et al., 1992)		
Educación Familiares	41	
Grupo Control	65	
Estudio de Oslo (*) (Rund et al., 1994)		
Tratamiento Familiar (N=12)		8
Tratamiento Convencional (N=12)		67
Estudio de Nueva York (McFarlane et al., 1993)		
Terapia Grupo Multifamiliar (N=83)	16	28
Terapia Familiar Individual (N=89)	28	42
Replicación Falloon (Randolph et al., 1994)		
Terapia Familiar (N=21)	14	
Tratamiento Convencional (N=20)	55	
Estudio de Munich (**) (Buchkremer et al., 1995)		
Grupo de Familiares (N=39)	37	67
Grupo Familiares Auto-aYuda (N=28)	57	66
Control (N=32)	42	54

(*) Porcentajes de Pacientes con dos recaídas

(**) Datos extraídas de las curvas de supervivencia

En pacientes mantenidos con dosis de mantenimiento, la adición de paquetes de tratamiento centrados en la esfera familiar reduce el riesgo de recaída de dos a cuatro veces, con respecto al tratamiento convencional. Sin embargo, como se puede apreciar en los seguimientos realizados a los dos años, la acción protectora de esos tratamientos se reduce. De la misma manera que los efectos protectores de la medicación se desvanecen cuando se interrumpe su administración, también el efecto de estos tratamientos

familiares no parece diferente al de retardar las recaídas.

Por tanto, una primera conclusión es la realidad que esos programas no son una vacuna y si se quiere mantener a largo plazo el beneficio asociado a esos tratamientos, al igual que ocurre con la medicación de mantenimiento, es necesario mantener el contacto terapéutico con los familiares al menos durante dos años (Liberman, 1994) y probablemente su continuidad deba de ser más prolongada.

Por otra parte, un examen minucioso de los diferentes programas de tratamiento (Gutiérrez, 1995) muestra la marcada heterogeneidad, tanto en el perfil teórico como en los aspectos del procedimiento (formato, inclusión del paciente, lugar donde se celebran las sesiones, duración, etc.), con lo que una cuestión crucial - teniendo en cuenta el soporte que de estos estudios de intervención obtiene el "modelo psico-educativo" - consiste en la selección de los aspectos de esos estudios que habrán de importarse al bagaje clínico de los profesionales de salud mental.

Los aspectos compartidos por esos programas incluyen, en primer lugar, algún tipo de ayuda con respecto a los problemas cotidianos de las familias. Este foco en los problemas cotidianos, en buena medida relacionados con la convivencia con el paciente, toma forma bien de una manera estructurada en módulos de habilidades de solución de problemas (Fallón, 1985), bien de una forma menos estructurada dentro de los Grupos de Familiares (Leff, 1989), o bien, en el extremo menos estructurado, en grupos de iniciativa propia (Buchkremer et al., 1995) donde los familiares se aprovechan de la transferencia de la experiencia de otros familiares.

En segundo lugar, además de la focalización en los problemas cotidianos de la familia, el trabajo con los familiares y los pacientes se ve complementado por la atención a la comunicación en la familia. Esta característica, naturalmente, también se presenta en toda la continuidad que va desde el polo más estructurado de los paquetes conductuales (en los que las habilidades de comunicación son un paso obligado previo al módulos de entrenamiento en resolución de problemas), hasta contemplar la cobertura de aspectos más generales que incluyen el interés más amplio por la interacción familiar, donde el énfasis incluye la atención a las redes sociales y los límites de la familia (Leff et al. 1982; Anderson, et al., 1986b).

En tercer lugar, y lo que ha pasado a constituirse como elemento característico del "modelo psico-educativo", todos los programas de tratamiento incluyen como tarjeta de presentación una o varias sesiones de información que supone no sólo una transferencia honesta, directa y completa de la información, sino la accesibilidad de los profesionales dentro de un marco de colaboración que considera a los familiares de los pacientes como aliados naturales en el proceso de tratamiento.

4 ► La Diseminación

Aparte de esas dimensiones técnicas que es necesario incluir en el tratamiento de los familiares y pacientes, es necesario tener en cuenta otros aspectos que también han contribuido al éxito en los programas de investigación mencionados en las Tablas 2 y 3. Lo que los familiares también se encuentran al participar en uno de esos proyectos de investigación comienza por el interés del equipo de investigación por conectar e implicar a los familiares y el paciente en el proyecto (Tarrier et al, 1988), aspecto que no ocurre en el devenir del curso clínico de los pacientes dentro del tratamiento rutinario en los servicios clínicos (donde a menudo es la familia la que tiene que realizar los esfuerzos por conseguir la atención de la red de salud). Además, durante toda la duración del proyecto de investigación, la ayuda que se les presta a los familiares y a los pacientes se extiende como un tratamiento global que conecta a los familiares y a los pacientes con otros servicios dentro de la red de salud comunitaria- papel del ombudsman (Anderson et al., 1986b). A pesar de esos esfuerzos, Smith y Birchwood (1987) detallan que la ausencia de colaboración en los diferentes proyectos (suma de los que rehusan incluirse en los programas más los que desaparecen) varía entre el 14% y el 35%.

Por otra parte, las altas expectativas del equipo - lo que incluye el interés del equipo de investigadores por que no se produzcan recaídas y la accesibilidad del equipo -en algunos casos 24 horas al día- como forma de mantener a los familiares implicados en el proyecto (la prevención de la adición es un objetivo propio del proyecto de investigación) establece un fuerte vínculo con los familiares, que no tiene paralelismo con el tipo de relación terapéutica que los familiares y los pacientes se encuentran en los servicios convencionales). O'Shea et al, (1991) han señalado precisamente esta cantidad de medios cuando afirman: "However most of the prototype psychoeducation programs were elaborate, ambitious, long-term interventions, underwritten by substantial research grants and/or administrative support" (p.34)

No sólo es una necesidad de que los intentos de diseminación hagan un esfuerzo por reproducir las inversiones en mano de obra y tiempo empleado en los estudios de intervención (Smith y Birchwood, 1990), sino que también es imprescindible la implicación de la institución (lo resalta Anderson en su libro

del 86) y la unidad de criterio de los miembros del equipo de investigación es algo que tampoco es posible que se encuentre, de forma espontánea, en los servicios de salud ya que los equipos de investigación se seleccionan y mantienen dentro de una línea de acción programática coordinada por la propia naturaleza del proyecto. El intento unilateral de algún clínico de trabajar en la línea de esos modelos psico-educativos en el contexto de la diversidad de orientaciones teóricas y la praxis discordantes del staff de los servicios de salud (lo cual es transmitido a los familiares de la forma más prosaica por medio de estilos de atención y de relación concretos) puede crear la expectativa irreal para los familiares de que todo el resto del personal comparte las mismas ideas.

Como conclusión, para comprender (y poder reproducir) la eficacia del modelo psico-educativo lo importante quizás no sea tanto lo que esos programas incluyen, sino lo que dejan fuera. Lo importante quizás sea lo que no se hace, o lo que se hace "EN LUGAR DE".

112

Bibliografía

ANDERSON, C.M.; GRIFFIN, S.; ROSSI, A. et al.: A Comparative Study of the Impact of Education versus Process Groups for Families of Patients with Affective Disorders. **Family Process**, 1986a, 25:185-205.

ANDERSON, C.M.; REISS, D.J. y HOGARTY, G.E.: **Schizophrenia and the Family**. New York: Guilford Press, 1986b.

BATESON, G.; JACKSON, D.D.; HALEY, J. y WEAKLAND, J. Toward a Theory of Schizophrenia. **Behavioral Science**, 1956, 1: 251-264.

BEBBINGTON, P.E. y KUIPERS, L. The Clinical Utility of Expressed Emotion in Schizophrenia. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 1994,89(Suppl. 382):46-53.

BROWN, G.W.: Experiences of Discharged Chronic Schizophrenia Patients in Various Types of Living Groups. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, 1959, 37:105133.

BROWN, G.W.; BIRLEY, J. y WING, J.K.: Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. **British Journal of Psychiatry**, 1972, 121: 241258.

BROWN, G.W.; CARSTAIRS, G.M. y TOP-

PING: Post-Hospital Adjustment of Chronic Mental Patients. **The Lancet**. 1958:685-689.

BROWN, G.W.; MONCK, E.; CARSTAIRS, G.M. y WING, J.K.: Influence of Family Life on the Course of Schizophrenia Illness. **British Journal of Preventive Social Medicine**, 1962, 16: 5568.

BUCHKREMER, G., SCHULZE MANKING, H., HOLLE, R., Y HORNUNG, W.P. The Impact of Therapeutic Relatives' Groups on the Course of Illness of Schizophrenic Patients. **European Psychiatry**, 1995, 10: 17-27.

DOANE, J.A.: Family Interaction and Communication Deviance in Disturbed and Normal Families: A Review of Research. **Family Process**, 1978, 17: 357376.

FALLOON, I.R.H.: **Family Management of Schizophrenia: A Study of Clinical, Social, Family and Economic Benefits**. John Hopkins University Press: Baltimore, 1985.

FALLOON, I.R.H.; BOYD, J.L. et al.: Family Management in the Prevention of Exacerbations of Schizophrenia. **New England Journal of Medicine**, 1982, 306. 14371440.

GOLDSTEIN, M.J. y KOPEIKIN, H.S.: Short and Long Term Effects of Combining Drug and Family Therapy. In M.J. Goldstein (Ed.) **New Developments in Interventions with Families of Schizophrenics**. Jossey Bass, San Francisco, 1981.

GOLDSTEIN, M.J. y RODNICK, E.H. The Family's Contribution to the Etiology of Schizophrenia: Current Status. **Schizophrenia Bulletin**, 1975, 1: 4863.

GUTIERREZ, E. La Terapia Familiar en la Esquizofrenia: Los Modelos Psicoeducativos. En J. Navarro Góngora y M. Beyebach (Comp.), **Avances en Terapia Familiar Sistémica**. Barcelona: Paidós, 1995.

GUTIERREZ, E. La Evolución del Modelo Psicoeducativo. **XII Jornadas Nacionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**. Murcia, Noviembre, 1994.

HOGARTY, G. E.; ANDERSON, C. M.; REISS, D. J.; KORNBLITH, S. J.; GREENWALD, D. P.; JAUNA, C. D. y MADONIA, M. J.: Family Psychoeducation, Social Skills Training, and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia. **Archives of General Psychiatry**, 1986, 43: 633642.

HOGARTY, G.E., ANDERSON, C.M., REISS,

D., KORNBLITH, S. J., GREENWALD, D., ULRICH, R. CARTER, M y EPICS RESEARCH GROUP. Family Psychoeducation, Social Skills Training, and maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia. II. Two-Year Effects of a Controlled Study on Relapse and Adjustment. **Archives of General Psychiatry**, 1991, **48**: 340-347.

JACOB, T. Family Interaction in Disturbed and Normal Families: A Methodological and Substantive Review. **Psychological Bulletin**, 1975, **82**: 3365.

KISSLING, W. **Directrices para la Prevención de Recidivas de la Esquizofrenia con Neurolépticos**. Berlin: Springer Verlag, 1991.

KOTTGEN, C., SONNICHSEN, I., MOLLENHAUER, K. K., y JURTH, R. Group Therapy with Families of schizophrenic Patients: Results of the Hamburg Camberwell Family Intervention Study III. **Journal of Family Psychiatry**, 1984, **5**: 84-94.

LAING, R.D. Mystification, Confusion and Conflict (1965). En C.E. Sluzki y D.C. Ransom (Eds.), **Double Bind. The Foundation of the Communicational Approach to the Family**, New York: Grune & Stratton, 1976.

LEFF, J.P.; BERKOWITZ, R.; SHAVIT, N.; STACHAN, A., GLASS, I., y VAUGHAN, C.: A Trial of Family Therapy Versus a Relatives' Group for Schizophrenia. Two Year Follow-up. **British Journal of Psychiatry**, 1990, **157**: 571-577.

LEFF, J.P.; BERKOWITZ, R.; SHAVIT, N.; STACHAN, A., GLASS, I., y VAUGHAN, C. A Trial of Family Therapy Versus a Relatives' Group for Schizophrenia. **British Journal of Psychiatry**, 1989, **154**: 58-66.

LEFF, J.; KUIPERS, L.; BERKOWITZ, R., EBERLEIN-FRIES, R. y STURGEON, D. A Controlled Trial Social Intervention in the Families of Schizophrenic Patients. **British Journal of Psychiatry**, 1982, **141**: 121-134.

LEFF, J.; KUIPERS, L.; BERKOWITZ, R. y STURGEON, D.: A Controlled Trial of Social Intervention in the Families of schizophrenic Patients: Two Year Follow Up. **British Journal of Psychiatry**, 1985, **146**: 594-600.

LIBERMAN, R.P. Psychosocial Treatments for schizophrenia. **Psychiatry**, 1994, **57**: 104-114.

LIDZ, T. y FLECK, S. Schizophrenia, Human Integration and the Role of the Family. En D.D. Jackson (Ed.), **The Etiology of Schizophrenia**. New

York: Basic Books, 1960.

LIEM, J.M. Family Studies of Schizophrenia. An Update and Commentary. **Schizophrenia Bulletin**, 1980, **6**: 429-455.

O'SHEA, M.D., BICKNELL, L. y WHEATLEY, D. Brief Multifamily Psychoeducation Programs for Schizophrenia: Strategies for Implementation and Management. **American Journal of Family Therapy**, 1991, **19**: 33-44.

RANDOLPH, E. T., ETH, S., GLYNN, S. M., PAZ, G. G., LEONG, G. B., SHANER, A. L., STRACHAN, A., VAN WORT, W., ESCOBAR, J. I. Y LIBERMAN, R. P. Behavioural Family Management in Schizophrenia: Outcome of a Clinic-Based Intervention. **British Journal of Psychiatry**, 1989, **164**: 501-506.

RUND, B. R., MOE, L., SOLLIEN, T., FJELL, A., BORCHGREVINK, T., HALLERT, M. y NAESS, P. O. The Psychosis Project: Outcome and Cost-Effectiveness of a Psychoeducational Treatment Programme for Schizophrenic Adolescents. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 1994, **89**: 211-218.

SMITH, J. V. y BIRCHWOOD, M. J.: Specific and Non-Specific Effects of Educational Intervention with Families Living with a Schizophrenic Relative. **British Journal of Psychiatry**, 1987, **150**: 645-652.

SMITH, J.V. y BIRCHWOOD, M.J.: Relatives and Patients as Partners in the Management of Schizophrenia. **British Journal of Psychiatry**, 1990, **156**: 645-660.

TARRIER, N.; BARROWCLOUGH, C. y VAUGHN, C. The Community Management of Schizophrenia. A Controlled Trial of a Behavioural Intervention with Families to Reduce Relapse. **British Journal of Psychiatry**, 1988, **153**: 532-542.

TARRIER, N., BARROWCLOUGH, C., VAUGHN, C. E., BAMRASH, J. S., PORCEDDU, K., WATTS, S. Y FREEMAN, H. L. Community Management of Schizophrenia: A Two-Year Follow-Up of a Behavioral Intervention with Families. **British Journal of Psychiatry**, 1989, **154**: 625-628.

VAUGHN, C. E. y LEFF, J.: The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness. A Comparison of Schizophrenic and Depressed Neurotic Patients. **British Journal of Psychiatry** 1976, **29**: 125-137.

VAUGHAN, K.; DOYLE, M.; McCONAGHY, N.; et al.: The Sydney Intervention Trial: A Controlled Trial of Relatives' Counselling to Reduce

Schizophrenic Relapse. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 1992, **27**: 16-21.

WYNNE, L. C. Family Research and Family Therapy: A Reunion? **Journal of Marital and Family Therapy**, 1983, **9**: 113-117.

WYNNE, L. C.; RYCKOFF, I. M.; DAY, J. y

HIRSCH, S. I. Pseudo Mutuality in the Family Relations of Schizophrenics. **Psychiatry**, 1958, **21**: 205-220.

ZUBIN, J. y SPRING, B.: Vulnerability - A New View of Schizophrenia. , 1977, **86**: 103-126.



Psicoeducación de personas vulnerables a la esquizofrenia

Sergio Rebolledo Moller / María José Lobato Rodríguez

► Presentación

Existe un considerable desarrollo de los enfoques psicoeducativos dirigidos a familiares de personas que padecen trastornos esquizofrénicos e incluso a familiares de personas con otros trastornos mentales o somáticos. Pero, en comparación, existen muy pocos programas psicoeducativos dirigidos a la propia persona afectada.

Este trabajo pretende mostrar un modelo de psicoeducación de personas afectadas por esquizofrenia. Que hemos ido construyendo a partir de ideas de otros clínicos e investigadores pero también de la propia experiencia profesional, tanto en hospitales psiquiátricos como en dispositivos de rehabilitación comunitarios.

El programa de psicoeducación que presentamos es altamente estructurado. Por tanto puede ser fácilmente enseñado a otros profesionales, titulados medios y superiores. Consta de dos grandes líneas de desarrollo: una de educación para la salud y otra que promueve el desarrollo emocional y afectivo. Está diseñado para ser aplicado a lo largo de un curso, de octubre a Junio. Dividido en tres trimestres. Para cada trimestre se estiman 20-30 sesiones, con una frecuencia de 4 por semana donde se alternan las sesiones dedicadas a la educación para la salud con las del desarrollo emocional. Cada trimestre está señalado por un objetivo global común: el primero es la con-

ciencia corporal y el autocuidado, el segundo la conciencia de vulnerabilidad y la autoestima y el tercero la adherencia al tratamiento y el autocontrol.

115

► Impacto psicológico de las vivencias esquizofrénicas como fundamento de la intervención psicoeducativa:

La conocida distinción entre síntomas positivos y negativos (Andreasen, 1982; Crow, 1982; Marder, Andreasen y Tsuang, 1991) ofrece una gran claridad a la hora de identificar la psicopatología de los trastornos esquizofrénicos. Pero ahora lo que nos interesa es clarificar el impacto que los síntomas tienen sobre la persona afectada. Ya que es fundamental preservar la consideración de la persona ante la invasión de los síntomas y educarla en su identificación y afrontamiento.

La desconcertante y muchas veces terrible experiencia de experimentar alucinaciones, robo del pensamiento o elaborar explicaciones que no son consideradas por los demás como válidas, menoscaba el psiquismo del afectado y puede ser un mecanismo de automantenimiento de los síntomas o ser fuente de nueva sintomatología. Fowler, Garety y Kuipers

(1995), señalan algunas de las consecuencias que la experiencia psicótica puede tener para el afectado:

- a. El afectado puede llegar a creer que es extremadamente vulnerable a ser herido. Esta creencia estaría asociada a vivencias delirantes o alucinatorias respecto de que otros pueden dañarle o herirle.
- b. La creencia de que en cualquier momento puede perder el control de sí mismo y torturarse con la idea de que "se está volviendo loco". Y esto nacería de experiencias de ser controlado por fuerzas externas o sentimientos de que no controla sus propias acciones. O a veces del miedo a volverse loco o a perder definitivamente su autocontrol en la experiencia psicótica.
- c. La creencia de que está condenado al aislamiento social. Esta vivencia puede nacer de experiencias reales de rechazo social o descalificación de otros cuando se conoce su condición de persona sometida a tratamiento psiquiátrico.
- d. El propio afectado puede llegar a internalizar la creencia de que sus síntomas y discapacidades obedecen a defectos tan fundamentales, que necesariamente está degradado ante los demás. A veces confluye aquí, una valoración moral de los problemas de la enfermedad mental, cómo si esta se debiera a una falta de fibra moral, de valores o a un castigo divino. En casos extremos esta vivencia puede traducirse en una percepción delirante de la propia identidad.
- e. La persona afectada puede llegar a construir una autoimagen delirante de sí mismo. Son los casos en que se considera la ganancia del delirio (Scharfetter, 1979).

Es fundamental a la hora de considerar la psicopatología, entender el impacto y las consecuencias sobre el afectado. Mucho tenemos que aprender acerca de cómo, personas inteligentes y con habilidades, logran afrontar, a veces con éxito, la vivencia psicótica. Ese conocimiento sin duda aumenta nuestra capacidad terapéutica y psicoeducadora. Breier y Strauss (1983) observaron tres fases en el proceso espontáneo de autorregulación que se daría en algunas personas afectadas por esquizofrenia: en una primera fase las personas son conscientes de la existencia de un comportamiento psicótico o pre-psicótico y aprenden a señalarlo en sí mismas. En un segundo paso son capaces de identificar éste comportamiento como una señal de desajuste o desorden, es una fase de autoevaluación. Y en una tercera fase los sujetos son capaces

de desarrollar estrategias de autocontrol, algunos mediante autoinstrucción, otros reduciendo su nivel de actividad, comprometiéndose en otro tipo de actividad o modificando su ambiente. En éste proceso de tres fases sería fundamental que el sujeto discrimine situaciones, afectos y sensaciones prodrómicas que le permitan encadenar el proceso de autoobservación, autoevaluación y autocontrol.

Actualmente la investigación en éste punto nos está ofreciendo nuevas herramientas cognitivo-conductuales, para ayudar a las personas afectadas de esquizofrenia a afrontar sus síntomas. En éste contexto, afrontamiento, se entiende como el empleo de recursos cognitivos y conductuales para controlar o dominar los síntomas o para reducir al mínimo la angustia causada por ellos (Birchwood y Tarrier, 1995). Estos autores proponen cuatro estrategias susceptibles de ser enseñadas a personas afectadas:

1. Estrategias cognitivas:

- a. Desviación de la atención.
- b. Restricción de la atención
- c. Autoafirmación

2. Estrategias conductuales:

- a. Aumentar los niveles de actividad
- b. Aumentar la actividad social
- c. Reducir la actividad social
- d. Comprobar la realidad

3. Estrategias sensoriales

4. Estrategias fisiológicas

Fowler, Garety y Kuipers (1995) complementan éste repertorio de técnicas con un elemento que en nuestro programa psicoeducativo hace ya un tiempo que utilizamos: el desarrollo de un nuevo modelo de psicosis conjuntamente con la persona afectada. El desarrollo de éste modelo puede dividirse en diversos elementos:

- a. Identificación de las experiencias anómalas (alucinaciones, trastornos del pensamiento) y creencias delirantes.
- b. Clarificación de las creencias personales que se han elaborado sobre estas experiencias (que pueden o no ser delirantes).
- c. Exploración de estas creencias particulares en cuanto a un modelo de enfermedad o acerca de

que le ocurre.

1. Evaluación de las emociones, autoestima y aspectos del funcionamiento cognitivo para después comenzar la elaboración del modelo de enfermedad.

En el programa psicoeducativo que se describe aquí, el modelo será la hipótesis de la vulnerabilidad (Birchwood, Hallet y Preston, 1988; Ciompi, 1988; Kay, 1986; Liberman, 1986; Murray y Reveley, 1986; Neufeld, 1984; Sánchez y Ruiz Vargas, 1987; Straube y Hahlweg, 1990; Watt, 1982; Zubin, 1980; Zubin y Spring, 1977; Zubin y Steinhauer, 1981; Zubin, Magaziner y Steinhauer, 1983). Con el objetivo de que la persona afectada asuma sus rasgos de vulnerabilidad a presentar crisis esquizofrénica, junto a una autoimagen realista y positiva. Evitando alternativas tales como: asumir un rol de enfermo y por tanto inútil y discapacitado, o un rol de rechazo frontal a padecer cualquier trastorno y por tanto un estilo de vida de alto riesgo, con escasa adherencia al tratamiento.

► Concepto de psicoeducación

La psicoeducación es un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno. Busca hacer partícipe al usuario de lo que se sabe científicamente sobre su problema. Se busca que éste conocimiento lo aplique a la mejora de su vida, de su desarrollo personal y la de su núcleo familiar.

Algunos de los objetivos de la intervención psicoeducativa, que ya han sido comentados en una publicación anterior (Rebolledo y López de Heredia, 1990), se caracterizan por:

- a. Proveer a los participantes de una información actualizada y comprensible acerca de la esquizofrenia, enfatizando la relación entre vulnerabilidad biológica y psicosocial de origen aún desconocido, y la susceptibilidad del paciente al stress y la sobreestimulación.
- b. Enseñar a los participantes a discriminar los síntomas y los pródromos. A valorar la medicación neuroléptica como un factor de protección. A reconocer los efectos secundarios de esta medicación y a saber informar de ello al psiquiatra.
- c. Incrementar en los participantes la comprensión y habilidad de afrontamiento del stress ambiental.

Considerándolo como un factor de riesgo junto al consumo de alcohol, de derivados de cannabis, otros alucinógenos y los cambios en las circunstancias habituales de la vida cotidiana.

- d. Crear una alianza entre usuarios, familiares y profesionales orientada a disminuir los resentimientos y culpas, a alcanzar metas a corto plazo y a establecer estrategias de afrontamiento en las crisis dado el carácter recidivante, en muchos casos, que adquiere el curso de los trastornos esquizofrénicos.
- e. Identificar y potenciar recursos en los afectados y en sus familia para el desarrollo de actividades de la vida diaria. Fomentar en ellos la conciencia y control de síntomas positivos y negativos, así como de otros comportamientos disfuncionales.
- f. Proveer a los participantes de un ambiente de enseñanza y apoyo socioafectivo continuado, prolongado en el tiempo, de modo que favorezca la generalización de los logros a la vida cotidiana del paciente y su familia.
- g. Provocar en las personas afectadas y sus familias, la superación del aislamiento y estigma que lleva consigo la esquizofrenia.
- h. Ofrecer a pacientes y familiares esperanzas realistas basadas en los logros de la investigación acerca de la esquizofrenia.

Barter (1984) define la psicoeducación como “el uso de técnicas, métodos y enfoques educativos cuyo objetivo es la recuperación de los efectos discapacitantes de la enfermedad mental o como un complemento al tratamiento del enfermo mental, generalmente sin ser enmarcado en un tratamiento continuo o como formando parte de un programa de investigación”. Goldman (1988) la define como “la educación o entrenamiento de una persona con un desorden psiquiátrico en varias áreas que sirve para alcanzar metas de tratamiento y rehabilitación, por ejemplo aumentar la aceptación de una persona de su enfermedad, promover su cooperación activa con el tratamiento y la rehabilitación, y aumentar sus habilidades de afrontamiento de forma que compensen las deficiencias causadas por el desorden psiquiátrico”.

La psicoeducación es un procedimiento de intervención válido para aplicar en un programa de tratamiento o de rehabilitación. De forma más destacada han sido investigados sus beneficios en la atención a las familias de personas que padecen trastornos esquizofrénicos. Entre los más conocidos podemos

citar los de Anderson, Reiss y Hogarty (1986), Barrowclough y Tarrier (1992), Falloon y otros (1984), Goldstein (1986), Hatfield y Lefley (1987), Hatfield (1990), Kuipers y Bebbington (1990), Kuipers, Leff y Lam (1992), Leff y Vaughn (1985), Thorton y Seeman (1991). Y en nuestro medio, Rebolledo y Lobato (1994). Todos estos trabajos elaboran modelos psicoeducativos para informar, orientar y entrenar a los familiares en el afrontamiento de las consecuencias de padecer un trastorno esquizofrénico de curso crónico.

Pero nuestro propósito ahora, es dar cuenta de un procedimiento psicoeducativo dirigido no a la familia, sino al propio afectado. Existen ya algunos trabajos publicados al respecto (Amdur y Cohen, 1981; Asher-Svanum y Krause, 1991; Barter, 1984; Carson, 1991; Goldman, 1988; Gordon y Gordon, 1985; Laffal y otros, 1983; Liberman, 1993; Pilsecker, 1981).

Este creciente interés, quizás refleje los nuevos problemas a que se enfrentan clínicos y planificadores sanitarios en la atención a la salud mental en un nuevo modelo comunitario. El surgimiento de los enfoques psicoeducativos se entronca en una nueva forma de abordar el estudio de los problemas de salud mental, como es dirigir el interés a los factores de riesgo y protección dada una condición de vulnerabilidad a presentar episodios esquizofrénicos (Liberman, 1986; Zubin, 1977; 1983); el análisis sobre el papel de los acontecimientos vitales en el curso de la enfermedad mental (Brown y Harris, 1989; Day, 1989); la influencia que tiene el estilo de vida sobre el pronóstico de una enfermedad (Kickbush, 1986; Ozámiz, 1987) y el importante papel que juega la disponibilidad de una red social de apoyo a la hora de afrontar un trastorno psiquiátrico que se prolonga en el tiempo (Caplan, 1974; Hammer, 1981).

► Escalera progresiva de aprendizaje en la psicoeducación de personas afectadas por trastornos esquizofrénicos

Esta escalera tiene una duración de tres trimestres y cada escalón es un trimestre compuesto de unas 20/30 sesiones, con una frecuencia de cuatro sesiones por semana, divididas en dos asignaturas.

El primer trimestre corresponde al grupo de

Cuidate, su objetivo es llegar a un conocimiento de las partes del cuerpo, funciones y cuidados. El grupo se imparte días alternos, puede ser Lunes y Miércoles, y Martes y Jueves se imparte el grupo de **Conciencia Corporal**, el objetivo de éste segundo grupo es el de desarrollar actividades que eliciten en los asistentes sensaciones positivas y agradables del cuerpo, para ello se utilizan diversos recursos de la psicomotricidad, relajación, expresión corporal, baile, etc. Es muy importante comenzar por estos grupos, centrados en el conocimiento y la vivencia corporal, ya que proporciona sentimientos y conocimientos sobre lo que se fundamentaran conceptos como autoestima y autocuidado. Por desgracia las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos, con frecuencia experimentan sensaciones corporales deformadas y sin límites, creando trastornos en la conciencia corporal. Estos grupos tienen que servir como un escalón de "seguridad" que le permita, al paciente, subir al siguiente escalón donde va a tener que afrontar su conciencia de vulnerabilidad y enfermedad. Si la persona, en el primer escalón con el grupo de **cuidate** y conciencia corporal, consigue alcanzar una imagen más real y viva de su cuerpo, conciencia del cuidado de éste y un sentimiento de que es algo que le pertenece, que está vivo y que puede disfrutar de él, es el momento de subir al siguiente escalón.

El segundo trimestre, es el más conflictivo ya que en él se pueden producir sentimientos de derrumbamiento según va entrando en la conciencia de su vulnerabilidad y enfermedad, esto es siempre doloroso porque va a comprender que se trata de trastornos crónicos, recidivantes, sobre los que pesa un estigma social, que va a tener que, mantener sus consultas psiquiátricas y tomar medicación neuroléptica durante mucho tiempo. Básicamente el concepto que debe elaborar es el de su vulnerabilidad y predisposición a experimentar crisis y trastornos esquizofrénicos, el concepto de que ésta vulnerabilidad sería su rasgo definitorio y que los trastornos esquizofrénicos serían un estado que fluctúa. Este grupo, **Conócete**, puede realizarse los Lunes y Miércoles. En paralelo los Martes y Jueves se imparte el grupo de **Autoestima**, que va dirigido a afrontar las situaciones depresivas y de derrumbamiento que se van a producir por la conciencia de enfermedad. Su objetivo es crear en la persona una valoración positiva de su persona, un aprendizaje para disfrutar, aunque se sepa vulnerable y una manera positiva de afrontar su enfermedad y su vida.

Tendrá que aprender a valorar otros aspectos, a fijarse metas inmediatas y a valorar cada momento, a responsabilizarse de su propia felicidad y a ejecutar comportamientos de autosatisfacción. Estos logros señalan el momento de subir al tercer escalón.

En el tercer escalón la persona será informada de los medios de protección que tiene a su alcance para combatir el malestar que le produce su vulnerabilidad a experimentar crisis. Muchas personas afectadas se niegan a tomar la medicación neuroléptica, por que no tienen conciencia de que el desequilibrio bioquímico de su cerebro, les provoca un desajuste en su comportamiento social y en su forma de ser. Pero la diferencia es grande a la hora de aceptar la medicación, si han llegado a la conciencia de que el fármaco es necesario para disminuir los síntomas que le provoca su enfermedad, y que es esta la forma más eficaz de atenuar su vulnerabilidad a experimentar crisis. A éste escalón podemos llamarle **Tu Ayuda y apoyo o Tu Medicación**. Este grupo siguiendo el formato de los anteriores puede impartirse los Lunes y Miércoles y paralelamente los Martes y Jueves se realiza el grupo de prevención de la ansiedad y depresión. Este grupo los pacientes pueden conocerlo por **Contrólate**. Su objetivo básico es ayudar a las personas a reconocer sus estados de ánimo y a desarrollar habilidades para el autocontrol emocional. El impacto de éste grupo es grande cuando la persona logra integrar habilidades para el manejo de sus emociones con la adherencia al tratamiento, como métodos para cuidar de sí mismos y formas de preservar su proyecto de vida personal.

► Metodología de las actividades

Se valora el hecho de realizar las actividades en pequeño grupo. Dado que el objetivo es elaborar un concepto personal de vulnerabilidad y esquizofrenia, el grupo será la primera socialización de éste concepto. Así mismo la dinámica del grupo ayuda a superar los problemas de motivación, dificultades de comprensión y elaboración de conceptos. A través del refuerzo social y del aprendizaje por imitación el grupo promueve la adquisición de habilidades y su mantenimiento. Un análisis detallado de la metodología para organizar, realizar y evaluar actividades se discute en el capítulo quince.

Los grupos se realizan en un "aula" con mesas de

estudio, sillas y una pizarra donde se utilizan tizas de colores, posters y videos, todos recursos destinados a incrementar el control sobre la atención y la comprensión. Nada más comenzar la clase se anota en la pizarra el nombre del grupo que se esta trabajando y la fecha, ya que algunos asistentes pueden estar desorientados en el tiempo. Con esto se consigue ordenarlos en el espacio y tiempo. Luego se pasa lista de asistencia, parecerá algo infantil pero es una oportunidad para nombrar a cada uno y saludarlo, hacerle sentir que su presencia en el grupo es importante y reconocida. También porque esto les está dando la oportunidad de volver a jugar un rol de estudiante y además les permite conocer a sus compañeros, facilitándoles una progresiva integración en el grupo. Cada asistente tiene su cuaderno donde anota día a día los temas que se tratan. Esta disciplina diaria de tomar notas les mantiene más atentos, se sienten más participativos en la clase y favorece el recuerdo de los contenidos tratados. Una vez finalizado el curso, el cuaderno, les servirá como una guía de consulta.

Es importante que la clase se dé regularmente y a la misma hora, puesto que las personas afectadas valoran las rutinas que se repiten y les es más fácil asumir la tarea de asistir a clases, previniéndose así los abandonos. Todos los temas y dibujos se anotan en la pizarra, es más fácil que mantengan la atención si lo que escuchan, lo ven además escrito. Se hacen esquemas sencillos, fáciles de comprender y memorizar.

A fin de cumplimentar los requisitos de un currículum de enseñanza, que implica una actividad de psicoeducación, las actividades se han estructurado en verdaderas "asignaturas" cada una de ellas con su programa.

► La primera meta: autocuidado y vivencia corporal

En éste primer trimestre intentarán crearse las bases del autocuidado, la conciencia de vulnerabilidad y de adherencia al tratamiento. Lo fundamental es lograr un conocimiento básico acerca de la anatomofisiología, establecer una base racional para el cuidado del cuerpo y las afecciones comunes así como atender las preocupaciones inmediatas por la salud, que expresen los asistentes. Junto a ello el desarrollo de actividades, que eliciten una vivencia corporal positiva. Esto

último se logra a través de procedimientos que estén en consonancia con los intereses y características de los asistentes. Los objetivos generales son:

Promover entre los asistentes el reconocimiento de su cuerpo y funcionamiento del mismo, buscando establecer una valoración positiva de éste y sus cuidados.

Fomentar el valor de la salud como un bien que se puede obtener y preservar activamente. Promover un estilo de vida sano en cuanto a la alimentación, higiene, ejercicio y otros aspectos de interés para los asistentes (por ej. el sobrepeso, afecciones de la piel o el cabello, el uso de gafas, etc.).

Ayudar a los pacientes a reconocer su corporalidad y contribuir a una conciencia corporal positiva.

Para la consecución de estos objetivos disponemos de un trimestre de 20/30 sesiones con una frecuencia de 4 por semana. Estructuradas en dos asignaturas: a) Conocimiento y valoración del cuerpo, como dijimos anteriormente los asistentes pueden conocer este grupo por "Cuidate". Comprende 10/15 sesiones distribuidas Lunes y Miércoles. Utiliza una metodología típica de "clase estudiantil". Se utiliza la pizarra y textos escritos que se entregan a los "alumnos" para su estudio. b) Conciencia corporal: puede ser conocida por los asistentes cómo "Disfrútalo". Comprende 10/15 sesiones distribuidas Martes y Jueves. Utiliza una metodología diferente, se realiza en un lugar más amplio, que permita moverse libremente.

► Descripción del grupo "Cuidate"

Objetivos específicos:

Evaluar el nivel cultural de los asistentes y sus conocimientos específicos sobre anatomofisiología. Así como su sistema de creencias respecto de la salud y la enfermedad.

Incrementar sus conocimientos sobre educación para la salud. Establecer bases racionales para el cuidado de la propia salud física y emocional.

Implantar hábitos de autocuidado del cuerpo. Incluyendo hábitos de higiene, alimentación y descanso.

Establecer ayudas para disminuir comportamientos de riesgo sanitario: fumar, beber alcohol, hábitos dietéticos inadecuados u otros que se detecten en los asistentes.

Promover la autosatisfacción corporal.

Metodología:

Se utilizan textos escolares como guías para la explicación de los principales aparatos y sistemas corporales. En general entre personas adultas jóvenes el nivel cultural suele ser de últimos cursos de E.G.B. Y en personas mayores e institucionalizadas puede ser más básico.

Para cada sistema se entregan nociones fundamentales de anatomofisiología.

Es importante dibujar en la pizarra esquemas y figuras que ilustren los conceptos y hacer que los asistentes las copien en sus cuadernos. También se pueden utilizar diapositivas, proyección de láminas y videos.

Esquema para las sesiones:

Se busca orientar todas las sesiones a dar el mensaje de que el cuerpo es algo que funciona, que es maravilloso, que es una fuente de placer, que es apasionante explorar sus posibilidades sensoriales, sensoriales, de movimiento. Que el cuerpo es un compañero al cuál hay que cuidar cada día y que cada uno es el "jefe" de su cuerpo.

Se aborda el estudio de los diferentes sistemas siguiendo un esquema en el que se repasa su importancia, su funcionalidad y los cuidados que cada sistema requiere. Este último punto siempre se operaionaliza con tareas y ejercicios a realizar en casa.

Evaluación del grupo "Cuidate":

Para evaluar el nivel de aprendizaje y de comprensión se utilizan diferentes tipos de evaluación. Una característica común, es que las evaluaciones están destinadas, sobre todo, a reforzar los logros, más que a destacar el error. Existe una evaluación continua, clase a clase. Cada sesión se inicia haciendo preguntas a los asistentes acerca de los temas tratados anteriormente. Cuando uno de los "alumnos" titubea o no acierta se corrige utilizando un control de estímulo para elicitir la respuesta correcta. Es decir se comienza a darle pistas y señales, de menos a más, hasta que da la respuesta correcta y ésta es reforzada.

También de acuerdo al nivel cultural de los "alumnos" y siguiendo estudios previos se han ido confeccionando diversos test, de verdadero-falso o de alternativas. Pueden confeccionarse textos programados, donde la búsqueda de la palabra clave se deduce de los conceptos anteriores o de la frase previa.

► Descripción del grupo sobre conciencia corporal

Objetivos específicos:

Contribuir a la conciencia corporal de los pacientes. Ayudándoles a orientarse en el espacio y en relación a su cuerpo.

Estimular su preocupación por el cuidado y el bienestar corporal.

Entrenarles en un procedimiento de relajación.

Promover el interés por actividades físicas.

Metodología:

Debe estar de acuerdo a los intereses y cultura de los asistentes. En general se utilizarán actividades en las cuáles los asistentes deban ejercitar habilidades psicomotrices y movimientos. Las ideas de Feldenkrais (1972) son especialmente sugerentes. Del mismo modo el manual de García Arroyo (1995) nos ofrece una serie de ideas y ejercicios que pueden adaptarse a éste propósito. Con jóvenes adultos han dado muy buen resultado ejercicios basados en la psicomotricidad, la expresión corporal y la gimnasia sueca. Así como los juegos populares. Y en algunos grupos ha tenido éxito aprender a jugar balón volea, balón mano, ping pong, petanca y rayuela. Con adultos el ensayar bailes de salón ha sido motivador. Como técnica de relajación ha sido particularmente útil la técnica de Jacobson (1961). En todas éstas actividades el objetivo último es crear una conciencia del movimiento y de la sensación corporal.

Estructura de los ejercicios:

En general se intenta seguir la secuencia ya descrita para el grupo de Conocimiento y valoración corporal. Aunque dependiendo de la metodología elegida esto será variable. En general conviene comenzar con actividades que poco a poco van incrementando el compromiso de moverse y expresarse corporalmente. Hay personas que pueden considerar amenazante un espacio libre donde moverse activamente y es necesario ofrecer seguridad y escalar los ejercicios.

Evaluación del grupo de conciencia corporal:

Se utilizan diversas técnicas. Al inicio de cada sesión y dependiendo del tipo de actividad que se va a realizar, se describen de forma gráfica, las posibles sensaciones que se van a experimentar. Al finalizar la sesión se busca que cada participante explique sus sensaciones corporales, a veces nada más terminar la acti-

vidad, o a veces después de ducharse y en ese estado de relajación describir lo que se siente. Los diferenciales semánticos (Osgood y otros, 1976) son particularmente útiles cuando se construyen teniendo en cuenta los diversos aspectos de la conciencia corporal y la autoimagen. Diferenciales semánticos sobre la valoración del propio cuerpo, sobre sensaciones corporales antes y después de una actividad o sobre el atractivo físico. Los test psicomotrices, esquema corporal, pruebas de ritmo y otras (Zazzo, 1970) han resultado a veces sugerentes para evaluar programas y actividades. También se utilizan el dibujo u otras expresiones plásticas para estimar la conciencia corporal y la autoimagen

► Segunda meta: conciencia de vulnerabilidad y autoestima

En éste segundo escalón vamos ayudar, a las personas afectadas, a elaborar un concepto acerca de lo que les ocurre y al mismo tiempo a preservar una autoimagen digna y positiva. Es necesario considerar la carga de estigma y rechazo social que implica la enfermedad mental. Las ideas de Fink y Tasman (1992), de Goffman (1963) y de Schaff (1973), son útiles a la hora de clarificar éste marco social de la enfermedad mental. Es fundamental en éstos grupos distinguir entre la persona y la afección. Hay que enfatizar continuamente el hecho de que la persona es mucho más que su predisposición a experimentar crisis esquizofrénicas. Y que si bien es cierto, debemos conocer la propia vulnerabilidad, por que ese conocimiento inteligente nos ayuda a organizar nuestro estilo de vida, nuestro valor cómo personas va más allá, está en como me siento conmigo mismo, que hago para sentirme mejor, en mis habilidades, en mis proyectos, en mis triunfos y fracasos. Y ésta es la lógica de aunar en éste trimestre el trabajo de elaborar una conciencia de vulnerabilidad a experimentar crisis, conjuntamente con el trabajo sobre la autoimagen y la autoestima.

► Descripción del grupo de conciencia de vulnerabilidad

Los asistentes pueden conocerlo por **Conócete**. Lo fundamental es ayudarles a elaborar la idea de que

todos los seres humanos somos vulnerables a algún tipo de trastorno y que ésta vulnerabilidad es substancial a la persona. Las ideas de Fitzpatrick (1990) acerca de la enfermedad como experiencia nos ofrecen una perspectiva más profunda sobre estos temas. Para el estudio de los factores de protección y riesgo en el curso de los trastornos esquizofrénicos, así como de la condición de vulnerabilidad o predisposición a experimentar crisis esquizofrénicas, se han seguido a numerosos autores, destacando las ideas de Birchwood y Tarrier (1995), Ciompi (1988), Colodron (1983), Liberman (1993), Neufeld (1984), Perris (1989), Brenner, Roder, et al. (1992), Ruiz Vargas (1987), Straube y Hahlweg (1990), Strauss, Boker y Brenner (1987).

La experiencia de la predisposición a enfermar o a sufrir ciertos trastornos es común a todos. Los ejemplos en los trastornos somáticos son abundantes, todos conocen alguien que sufre del corazón, u otro órgano. Sobre ésta idea se plantea la necesidad de saber cuidar de uno mismo. Y en éste sentido describir enfermedades como la diabetes, en la cuál los afectados deben aprender acerca de su vulnerabilidad, los factores de riesgo y protección y cómo guardando un régimen y tomando una medicación pueden desarrollar su vida, ayudan a acercar la idea de vulnerabilidad y autocuidado en los trastornos esquizofrénicos.

Posteriormente se elabora el concepto de vulnerabilidad como un rasgo personal que se manifiesta en una predisposición a experimentar crisis y los estados esquizofrénicos como un estado que fluctúa. Una vez asentada ésta idea se hace un minucioso recuento de los factores de riesgo y protección en el curso de los trastornos esquizofrénicos. Normalmente los temas en que más conviene insistir es en el abandono de la medicación neuroléptica y en el consumo de drogas como haschich o estimulantes. Es común en los grupos de jóvenes adultos encontrar personas que admiten un doble diagnóstico, que junto a su trastorno psicótico presenten hábitos de drogodependencias, más comúnmente de cannabis, pero también alcohol u otras sustancia. Si ésta situación se presenta, se debe dedicar un tiempo mayor al tema. Incluso puede ser útil organizar un grupo paralelo donde se elaboren los problemas del consumo de drogas como factor precipitante de crisis. Cuando estos hábitos son muy arraigados hay que atender a otras estrategias como el reforzamiento de comportamientos incompatibles, el incremento de repertorio para la participación en otro

tipo de grupos, y/o la elaboración del hecho del consumo de drogas como precipitante en el caso particular del afectado, buscando incrementar su motivación para prevenir las crisis.

Finalmente éste grupo de conciencia de vulnerabilidad debe trabajar la idea de la prevención de las crisis a través de la detección de los pródromos y del tratamiento psiquiátrico como factores de protección.

Objetivos específicos:

Promover el reconocimiento del enfermar como una condición de vulnerabilidad que obliga al reconocimiento de factores de riesgo y de protección.

Promover la conciencia de enfermedad a través del conocimiento de las enfermedades somáticas, cerebrales y mentales.

Entrenar en el reconocimiento de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia.

Entrenar en el autoreconocimiento de los pródromos. Fijar estos como una situación de alerta.

Metodología:

Es importante cuidar especialmente la secuencia de los conceptos y la elaboración grupal de estos. A estas alturas, el realizador del grupo conoce perfectamente a los asistentes. Ya estuvo con ellos el trimestre anterior y por tanto debe ser competente para saber presentar al grupo las ideas de forma que no provoquen rechazo ni actitudes referenciales. Por ello valoramos el comenzar por las experiencias más comunes del enfermar para acercarnos, posteriormente, a la idea de vulnerabilidad más que de enfermo mental. Este último concepto hay que dignificarlo y hacer ver como la sociedad históricamente ha marginado diversos colectivos pero hoy en día se impulsan ideas de una sociedad tolerante y abierta donde ser diferente no implica marginación.

Por la complejidad de estos conceptos y la especial sensibilidad que hacia ellos pueden manifestar los asistentes, la regla es que el grupo marca la pauta. Sobre estas ideas genéricas se profundiza más o menos de acuerdo a las preguntas, el nivel cultural y las actitudes referenciales de los asistentes. Para facilitar las explicaciones se han confeccionado dos folletos con los contenidos de éste grupo: "La Enfermedad Mental" y "Vivir con Esquizofrenia", Como guías para la realización del grupo y de donde se extraen los esquemas que luego se han utilizado en clases. Se entregan en algunos grupos como material de lectura.

Secuencia de las sesiones:

1. Ideas genéricas acerca de la vulnerabilidad como predisposición a sufrir trastornos somáticos, cerebrales, emocionales, mentales.
2. Énfasis en la organización social para afrontar las enfermedades y sus consecuencias. Elaboración del estigma social que marca a las personas en tratamiento psiquiátrico.
3. Estudio de algunas enfermedades somáticas crónicas, caracterizadas por la predisposición a crisis, toma de medicación como factor de protección y organización de un estilo de vida que preserva el desarrollo personal.
4. Presentación de la vulnerabilidad a experimentar crisis basada en la predisposición a desequilibrios bioquímicos cerebrales.
5. Estudio de factores de riesgo y protección en el curso de los trastornos esquizofrénicos.
6. Estudio de síntomas positivos y negativos. Estudio de los pródromos como elemento de alerta en la prevención de las crisis.
7. Elaboración colectiva de actitudes y comportamientos para un estilo de vida saludable ante la predisposición a experimentar crisis psicóticas.

Evaluación del grupo de conciencia de vulnerabilidad:

Como en los grupos anteriores, es importante la evaluación continua, clase a clase, donde el elicitar en el "alumno" la respuesta correcta para poder reforzar el logro, es la técnica principal. Se utilizan test verdadero-falso para evaluar diversos conceptos acerca de las enfermedades somáticas y sus cuidados y la clasificación de trastornos mentales y emocionales. Existen diversas escalas para evaluar y autoevaluar pródromos y síntomas.

► Descripción del grupo de autoestima

Los usuarios lo conocen por **QUIERETE**. Se imparte en días alternativos al grupo anterior. En lo fundamental se trata de elaborar colectivamente actitudes y sentimientos que dignifiquen el valor de la persona sobre cualquier consideración respecto de trastornos o enfermedades que padezca. Busca promover una autoimagen realista y digna. Este último aspecto se enfatiza desde la óptica de la capacidad relativa de autonomía y posibilidades de realización

que las personas poseen. Para elaborar el tema y los ejercicios son particularmente útiles las ideas de: Branden (1988), Davis, McKay y Eshelman (1985), McKay, Davis y Fanning (1985), McKay y Fanning (1991), Palmer y Alberti (1992), Ruiz (1992).

Objetivos específicos:

Desarrollar en los pacientes una imagen realista de ellos mismos. Aprendiendo a valorarse positivamente.

Reforzar positivamente a los asistentes ante el impacto que le produce conocer más profundamente la naturaleza del trastorno que padece.

Promover entre los asistentes una mayor confianza y amor por sí mismos.

Hacerles sentir una mayor satisfacción por su propio ser. Sentirse orgullosos ante sus logros.

A valorar que está vivo y tomar conciencia de ello. A sentirse responsable de sí mismo. A sentir respeto por él y los demás. A no sentirse dependiente.

Apreciar diversos aspectos concretos y positivos de su vida (comer, música, deporte, etc.). A disfrutar de las cosas que le rodean (naturaleza, su habitación, etc.).

A no sentirse culpable y avergonzado de su trastorno o enfermedad.

Metodología:

Se trata de organizar un grupo muy activo cuyas sesiones pueden transcurrir en diversos ambientes. La elección de las actividades y ejercicios estarán en relación a las peculiaridades de los asistentes a cada grupo. Se trata de que realicen comportamientos gratificantes para ellos y los demás. Un ejemplo claro es que una sesión de autoestima puede transcurrir en una cocina, donde algunos de los asistentes demuestran su habilidad preparando algo que luego los demás degustan y alaban. Otra sesión puede transcurrir en un paseo por el parque donde se disfruta de la estimulación de los sentidos. El escuchar música o leer colectivamente también son ejemplos de sesiones. Y por supuesto formatos más habituales como los de dinámica de grupo, donde se enseñan habilidades para reforzar a los demás y para promover el autoreforzo.

Crear un ambiente relajado y optimista. Uso de diversos elementos para la enseñanza y la experimentación: pizarra, cuadernos, colchonetas, espejos, etc.

Trabajar con ejercicios estructurados para destacar aspectos positivos en cada uno de los asistentes.

Se deberá utilizar el refuerzo social positivo para estimular a cada miembro.

El terapeuta indagará los aspectos positivos de cada asistente y creará situaciones en las cuáles puedan demostrarlos al grupo y ser reforzados por ello. También promoverá su ejercitación en el medio habitual de cada asistente.

Lectura de poemas que valoren la vida. Escuchas colectivas de música y otros ejercicios para el despertar sensorial y de la conciencia.

Evaluación del grupo de autoestima:

Se promueven las consignas de autoestima y su verbalización por los asistentes es reforzada. También la realización de trabajos personales: frases, poesías, fotografía, música o canciones favoritas que ilustren facetas de la autoestima, son consideradas como progresos en el grupo. También el uso de los diferenciales semánticos y los dibujos y otras expresiones plásticas nos ayudan a evaluar el progreso en la autoestima.

► La meta final: adherencia al tratamiento y autocontrol

Corresponde al tercer trimestre y constituye la meta operativa de todo el programa de psicoeducación. El objetivo fundamental es lograr la adherencia al tratamiento, una adecuada pauta de autoadministración de la medicación, una mejora sustancial en la comunicación con el psiquiatra y en promover un sentimiento y comportamientos de autocontrol sobre las propias emociones.

► Descripción del grupo de adherencia al tratamiento

Los usuarios pueden conocer al grupo como SEGURIDAD, MEDICACIÓN, AYUDA Y APOYO etc.. Para elaborar éste curriculum es particularmente útil el módulo de Medication Management del programa de Liberman (1982): Social and Independent Living Skills. Así como los trabajos de Meichenbaum y Turk (1991), Rochon (1991) y Salleras (1985). Y en

relación a ordenar conceptos sobre neurolépticos y otras farmacoterapias psiquiátricas son útiles los textos de Bradley y Hirsch (1986), Chinchilla (1989), Fernandez y Más (1993), Flórez (1994), González (1993), Guza, Richeimer y Szuba ((1993) y en particular el de Lickey y Gordon (1983).

Lo básico en éste grupo es justificar la terapia neuroléptica como el tratamiento y la profilaxis más fundamentada científicamente para los trastornos por esquizofrenia. Para ello hay que ofrecer una explicación razonada y asequible de su posible mecanismo de acción, detenerse ampliamente en considerar sus efectos principales y especialmente los secundarios, y valorar sobre todo su acción profiláctica ante las crisis. Junto al moldeamiento del hábito de autoadministración de la medicación, es fundamental mejorar la percepción que el usuario tiene del psiquiatra e incrementar su capacidad para comunicar sus síntomas y molestias, así como los efectos desagradables que les produce la medicación neuroléptica. También se deben considerar otras medicaciones como ansiolíticos, hipnóticos y antiparkinsonianos.

Objetivos específicos:

Informar a los asistentes sobre las principales medicaciones que toman ofreciéndoles un cuadro clasificatorio de los neurolépticos, hipnóticos, tranquilizantes, correctores.

Enseñarles a valorar la medicación neuroléptica y el contacto habitual con el psiquiatra como factores de protección.

Ayudarles a reconocer los efectos de la medicación neuroléptica, que distingan sus beneficios y los efectos secundarios que posee. Entrenarles la habilidad específica de comunicar estos hechos al psiquiatra.

Que aprendan a reconocer los factores de riesgo de su condición. Abandono de la medicación, consumo de drogas y alcohol, exponerse a situaciones de stress, etc.

Metodología:

Combinará la situación de sala de clases con la de entrenamiento de habilidades. Es necesario utilizar esquemas sencillos para la clasificación de las medicaciones y ayudar a los asistentes a confeccionar sus hojas de pauta para la autoadministración de la medicación. Las habilidades de interacción con el psiquiatra deben entrenarse utilizando rol playing. Es funda-

mental el uso del grupo como modeling y refuerzo social.

Para facilitar la realización del grupo se ha confeccionado un material escrito para uso de quien coordina el grupo, aún cuando en determinados grupos pueden entregarse directamente a los participantes.

- Neurolépticos o el precio de la tranquilidad.
- Lista de síntomas secundarios producidos por neurolépticos.
- Guías para la realización de rol playing de entrenamiento.

Secuencia de sesiones:

Puede variar de acuerdo a la actitud inicial que el grupo tenga hacia la medicación neuroléptica. Normalmente en el trimestre anterior los asistentes ya han asumido la necesidad del tratamiento y ello les hará estar más interesados en obtener más información sobre las características de esta medicación. Normalmente nos inclinamos por seguir el orden que propone Liberman (1985):

Modulo 1: Información sobre las medicaciones.

Dedicado a enseñar a los asistentes las diversas medicaciones y el grupo a que pertenecen: Neurolépticos, ansiolíticos, hipnóticos y correctores. Se especifican sus efectos principales y el porque de la necesidad del mantenimiento de la terapéutica neuroléptica. Cada miembro del grupo debe finalmente saber clasificar e identificar su propia medicación.

Modulo 2: Entrenamiento en la correcta autoadministración de la medicación y en la evaluación de sus efectos principales. Entrena en los usuarios las conductas de autoadministración: manipulación de la medicación, tarjeta de registro de la medicación, autofijación de un ritual para tomar la medicación (hora fija, etc.).

Modulo 3: Identificación de los efectos secundarios de la medicación. Destinado a ayudar a cada participante a identificar los efectos secundarios que esta medicación les produce. Para ello se utilizará un lista de efectos secundarios más comunes para que los pacientes aprendan a identificarlos en ellos mismos. También se estudia el papel de los correctores.

Modulo 4: Habilidades para comunicar problemas con la medicación. Incremento de la comunicación con el psiquiatra. Las sesiones finales se

dedican a entrenar en los asistentes habilidades de comunicación con el psiquiatra para expresar sus necesidades e inquietudes respecto de la medicación. Se incluyen habilidades para discriminar cuando necesita una consulta psiquiátrica utilizando lo aprendido en el trimestre anterior respecto de los pródomos.

Evaluación del grupo de adherencia al tratamiento:

Los test verdadero-falso pueden ser útiles para evaluar conocimientos respecto a la clasificación de los medicamentos que toman, efecto principal y secundarios de los neurolépticos. Se utilizan además, diferenciales semánticos para evaluar actitudes ante los medicamentos y los psiquiatras.

En el entrenamiento de habilidades de comunicación con el psiquiatra y con su familia se utiliza el rol playing diagnóstico, de entrenamiento y de evaluación.

► Descripción del grupo: Prevención de la ansiedad y depresión

125

Los usuarios lo pueden conocer como el grupo de **CONTROLATE**. Para elaborar los ejercicios de éste grupo resultan de gran utilidad, los manuales de terapia de conducta (Caballo, 1991; Cautela y Groden, 1985; Carnwath y Miller, 1989; Davis, McKay y Eshelman, 1985; Ellis y Grieger, 1990; Fowler, Garety y Kuipers, 1995; Hawton, Salkovskis, Kirk y Clark, 1989; Meichenbaum, 1987; McKay, Davis y Fanning, 1985; Weisinger, 1988, entre otros muchos).

Lo básico en éste grupo, que se realiza días alternativos con el anterior, es ayudar a los asistentes a identificar sus estados de ánimo y a promover comportamientos de autocontrol. Lo ideal es que sean recursos que normalmente utiliza cualquier persona cuando se siente nerviosa o triste: tomarse una tila, darse una ducha, relajarse, llamar un amigo por teléfono, etc. No se trata de implantar un completo programa de autocontrol, sino más bien acercar a los usuarios a la experiencia de reconocer y modular sus emociones. Una consecuencia deseable es lograr incrementar el reconocimiento y la empatía con las emociones del otro, conocidos son los déficits que en

éste sentido, presentan las personas afectadas por esquizofrenia.

Objetivos específicos:

Enseñar a los asistentes a reconocer sus estados emocionales. Especialmente la alegría, la tristeza, la ansiedad y la ira.

Entrenarles para autoregistrar diversos síntomas depresivos y ansiosos.

Practicar una serie de recursos para combatir la intranquilidad, la apatía y la tristeza. Recursos tales como: relajación, infusiones, cambio de ambiente, anticipación de consecuencias positivas, música, hobbies, etc.

Fomentar en los asistentes una filosofía del autocontrol y capacidad personal para reestructurar situaciones desagradables.

Metodología:

Deberá ser más experiencial que didáctica, aún cuando es necesario contar con los recursos de la pizarra y protocolos escritos para facilitar el aprendizaje. Para acercar la experiencia emocional es necesario trabajar tanto los aspectos expresivos externos, públicamente observables como las experiencias relatadas por cada asistente al grupo. El coordinador debe destacar los aspectos comunes de las emociones humanas.

En la segunda parte cuando se están implantando habilidades de autocontrol, es fundamental recoger las experiencias cotidianas de reconocimiento de emociones y de autocontrol de los asistentes y utilizar el grupo para el refuerzo social ante el ejercicio de estas habilidades.

Secuencia de las sesiones:

Se dedican las primeras sesiones a describir las emociones humanas más comunes, haciendo referencia a los aspectos expresivos que permiten su identificación en otros y las vivencias de cada cuál. Un paso más avanzado consiste en establecer la dependencia de la emoción, de la forma en que se piensan o razonan las situaciones. Para ello se ha elaborado un texto sobre Rechazo de ideas irracionales y Desarrollo de técnicas de afrontamiento, Basado en las ideas de Ellis. Aún cuando también en ciertos grupos se ha utilizado la novela de Dyer (1983) "Los regalos de Eykis".

Las siguientes sesiones se dedican a entrenar a los asistentes para autodiscriminar sus estados de ánimo para ello se cuenta con las Escalas de Beck

sobre Depresión, de Hamilton sobre Ansiedad, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo así como diseños de autoregistro.

Finalmente el grueso de las sesiones se dedican a practicar relajación, respiración, técnicas de imaginación, detención de ideas perturbadoras, planificación personal, preparación de infusiones y ejercicio físico, orar o meditar, entre otros recursos de autocontrol, que se eligen de acuerdo a las experiencias previas de los asistentes y su medio cultural.

Evaluación del grupo de prevención de la ansiedad y depresión:

Utilizamos formas breves y simplificadas de escalas de autoevaluación de la ansiedad y depresión. Diversos procedimientos de autocontrol se enseñan a través de rol playing, utilizando la secuencia de rol playing de diagnóstico, de entrenamiento y de evaluación. Se utiliza el refuerzo social de los logros realizados en experiencias fuera del ámbito del grupo. También escalas de Likert para evaluar el conocimiento y ejercicio de habilidades de autocontrol.

➤ Conclusiones

Este programa de psicoeducación fue evaluado en un diseño con grupo control y sus resultados publicados (Otero y Rebolledo, 1992), dentro de un amplio programa de rehabilitación psiquiátrica (Rebolledo y Pastor, 1991). Los beneficios más evidentes, a un año de seguimiento, fueron la disminución de la tasa de ingresos en unidades de agudo, la toma de la medicación en forma autónoma y la mayor asistencia a las consultas del psiquiatra. La experiencia en realizar estos grupos, nos inclina a pensar que permiten una mayor conciencia de enfermedad, las personas adoptan un estilo de vida más seguro ante su condición de vulnerabilidad a presentar episodios de esquizofrenia, preservan su autoestima y adquieren mayor motivación por los programas de rehabilitación y reinserción.

Es cierto que la evaluación realizada se refiere a una amplia investigación que incluía la valoración de un programa de rehabilitación y psicoeducación, y que ahora es necesario analizar y evaluar detalladamente cada componente de ésta oferta asistencial a fin de calibrar el aporte de cada actividad. Sin embargo ésta valoración global nos permite afirmar que la

psicoeducación junto a otras actividades de rehabilitación, es un enfoque válido en la terapia y asistencia de los trastornos esquizofrénicos.

1. El enfoque psicoeducativo viene a ofrecer una nueva perspectiva al difícil problema de VIVIR CON ESQUIZOFRENIA. Mientras las técnicas terapéuticas, estrictamente curativas, aún no alcanzan un nivel de efectividad que garantice una plena y total recuperación de un proceso esquizofrénico, la psicoeducación ofrece una alternativa válida para afectados y sus familias.
2. La psicoeducación es un enfoque que reconoce el derecho de las familias y de los afectados a conocer la realidad de los conocimientos científicos actuales sobre el problema. Y a utilizar éste conocimiento en su beneficio, con el propósito de elevar su calidad de vida y afrontar en mejores condiciones las dificultades cotidianas de la vida familiar y social.
3. El enfoque psicoeducativo viene a dignificar a la persona afectada de esquizofrenia. Considerándola un sujeto de derechos, autónomo y con capacidad para dirigir su vida. Ante los episodios psicóticos se adopta un criterio protésico, más que un juicio de inhabilitación. Es decir, se piensa, cuál es la mejor forma en que se puede ayudar a la persona discapacitada para que ejerza sus roles sociales a pesar de sus minusvalías.
4. Las actividades psicoeducativas utilizan métodos muy variados, para superar las discapacidades cognitivas y las disfunciones comportamentales, que conlleva sufrir trastornos esquizofrénicos. Los fracasos, siempre deben atribuirse al método utilizado y no a la psicopatología o los deterioros. Todas las personas afectadas pueden aprender y organizar su comportamiento en función de metas de autocuidado. Si sabemos proporcionarles la información por medios adecuados a su comprensión y les procuramos el ambiente con las señales idóneas y la estimulación modulada de acuerdo a su vulnerabilidad.
5. Las actividades de psicoeducación, por su enfoque grupal, porque pueden ser desarrolladas por un equipo multiprofesional, porque son operativas y se pueden adaptar a diferentes grupos según la edad, intereses o cultura, porque permiten su evaluación y pueden enseñarse a los equipos de salud mental, nos parecen un recurso adecuado para ser utilizado en servicios de atención en

salud mental tanto ambulatorios como hospitalarios.

Nuestro papel como psicoeducadores, es construir un vínculo inteligente con las personas que sufren trastornos esquizofrénicos, con el objetivo de aumentar sus posibilidades de desarrollo personal.

► Bibliografía citada

- Amdur, M. Y Cohen, M.: Medication groups for psychiatric patients. *Am. J. Of Nursing*, 343-345, 1981.
- Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. : Esquizofrenia y Familia. Guía práctica de psicoeducación. Amorrotu, 1988.
- Andreasen, N. : Negative symptoms in schizophrenia definition and reliability. *Arch. of Gen. Psych.*, 39, 784-788, 1982.
- Ascher-Svanum, H.: A psychoeducational intervention for schizophrenic patients. *Patient education and counselling*, 14, 81-87, 1989.
- Ayllon, T. Y Azrien, n.: Economía de Fichas. Un sistema motivacional para la terapia y la rehabilitación. Trillas, 1979.
- Barter, J., Queirolo, J. y Ekstrom, S.: A psychoeducational approach to educating chronic mental patients for community living. *Hosp. & Community Psych.* 35, 8, 793-800, 1984.
- Barter, J. : Psychoeducation. En Talbott, M. : *The chronic mental patient. Five years later*. Grune & Stratton, 1984.
- Barrowclough, C. Y Tarrier, N.: Families of schizophrenic patients. *Cognitive behaviour intervention*. Champman y Hall, 1992, U.K.
- Birchwood, M., Hallet, S. Y Preston, M.: *Schizophrenia. An integrated aproach to research and treatment*. Longman, 1988.
- Birchwood, M. Y Tarrier, N.: *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Ariel, 1995.
- Bradley, P. y Hirsch, S. : *The psychopharmacology and treatment of schizophrenia*. Oxford Medical Publications, 1986.
- Branden, N.: *Como mejorar su autoestima*. Paidós. 1987.
- Breier, A. y Strauss, J. : Self-control in psychotic disorders. *Arch. of Gen. Psych.*, 40, 1141-1145, 1983.
- Brenner, H., Roder, V. Et al.: *Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients*. Hogrefe & Huber Publishers. 1994.

- Brown, G. y Harris, T. : Life events and illness. Guilford Press, 1989.
- Caballo, V.: Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo XXI de España Editores, S.A., Madrid, 1991
- Caplan, G. : Support systems and community mental health. Behavioral Publications, N.Y., 1974.
- Carson Bisbee, C.: Educating Patients and Families about Mental Illness. A practical guide. Aspen Publications. 1991.
- Cautela, J. Y Groden, J.: Técnicas de relajación. Manual Práctico para Adultos y Niños en Educación Especial. Martinez Roca. 1985.
- Carnwath, T. Y Miller, D.: Psicoterapia Conductual en Asistencia Primaria: Manual Práctico. Martinez Roca. 1989.
- Chinchilla, A.: Tratamientos psicofarmacológicos en psiquiatría. Sanofi-Winthrop. 1989.
- Ciampi, L.: The Psyche and Schizophrenia. The Bond Between Affect and Logic. Harvard University Press. 1988.
- Colodron, A. : Las Esquizofrenia. Siglo XXI, 1983.
- Crow, T., Cross, A., Johnstone, E. y Owen, F. : Two syndromes in schizophrenia and their pathogenesis. En Henn, F. y Nasrallah, H. (eds.) : Schizophrenia as a brain disease. N.Y., Oxford University Press, 1982.
- Day, R. : Schizophrenia. En Brown, G. y Harris, T. : Life events and illness. Guilford Press, 1989.
- Davis, M. y cols. : Técnicas de autocontrol emocional. Martinez Roca, 1985.
- Dyer, W.: Los Regalos de Eykis. Hacia una vida sin límites. Grijalbo. 1983.
- Ellis, A. Y Grieger, R.: Manual de Terapia Racional Emotiva. Editorial Desclée de Brouwer. 1990.
- Falloon, I., Boyd, J. y McGill, C. : Family care of schizophrenia. Guilford Press, 1984.
- Feldenkrais, M.: Autoconciencia por el movimiento. Paidós, 1985 (edición norteamericana, 1972).
- Fernandez, A. Y Mas, J.: Guía para el Uso de Psicofármacos. Idepsa. 1993.
- Fink, P. Y Tasman, A.: Stigma and mental illness. American Psychiatric Press. 1992.
- Fitzpatrick, R.: La enfermedad como experiencia. Fondo de cultura económica, 1990, Mexico (edición inglesa, 1984)
- Fowler, D., Garety, P. Y Kuipers, E.: Cognitive behaviour therapy for psychosis. Wiley, 1995.
- García, M.: Entrenamiento de habilidades psicorporales en la vejez. Amaru ediciones, 1995.
- Goffman, E.: Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu. 1986 (edición inglesa 1963)
- Goldman, C. : Toward a definition of psychoeducation. Hosp. & Community Psych., 39, 666-667, 1988.
- Goldman, C. and Quinn, F. : Effects of a patient education program in the treatment of schizophrenia. Hosp. & Community Psych., 39, 3, 282-286, 1988.
- Goldstein, M., Hand, I. y Hahlweg, K. : Treatment of schizophrenia, family assessment and intervention. Springer- Verlag, 1986.
- Gonzalez, E.: Psicofarmacología Aplicada. Organon Española. 1993.
- Gordon, R. y Gordon, K. : A program of modular psychoeducational skills training for chronic mental patients. En Handbook of Social Skills : training and research, 1989.
- Guze, B., Richeimer, S. y Szuba, M.: Guía Farmacológica en Psiquiatría. Mosby Year Book. Wolfe Publishing. 1992.
- Lazarus, A.: Terapia Conductista. Tecnicas y Perspectivas. Editorial Paidós.1980.
- Hammer, E.: Test proyectivos gráficos. Paidós, 1969.
- Hammer, M.: Social supports, social networks and schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 7, 1981.
- Hatfield, A. Y Lefley, H.: Families of the mentally ill. Coping and adaptation. Guilford press, 1987.
- Hatfield, A.: Family Education in Mental Illness. The Guildford Press. 1990.
- Hawton, K., Saldovsky, P., Kirk, J. Y Clark, D.: Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide. Oxford Medical Publications. 1989.
- Jacobson, E.: Aprenda a relajarse. Compañía General Fabril Editora. 1961. Buenos Aires.
- Kay, D.: Assessment of familial risks in schizophrenia and their application in genetic counselling. En Kerr, A. y Snaith, Ph.: Contemporary issues in schizophrenia. Gaskell, London, 1986.
- Kickbush, I.: Life styles and health. Social Science and Medicine, 22, 2, 1986.
- Kuipers, L. Y Bebbington, P.: Working in partnership. Heinemann medial books, 1990.
- Kuipers, L., Leff, J. Y Lam, D.: Family work for Schizophrenia. A practical guide. Gaskell. RCP. 1992.
- Laffal, J., Brown, M., Pearlman, L.A. y Burns, G.L.: Therapeutic education of psychiatric inpatients

in a classroom setting. Quarterly Review Bulletin, 190-195, 1983.

Laing, R.: El yo y los otros. Fonde de Cultura Económica, 1982.

Leff, J. y Vaughn, C.: The interaction of life events and relative's expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis. British J. of Psychiatry, 136, 146-153, 1980.

Leff, J. y Vaughn, C.: Expressed emotion in families. Guilford Press, 1985.

Lieberman, R.P.: Coping and competence as protective factors in the vulnerability-stress model of schizophrenia. En

Lickey, M. y Gordon, B.: Medicamentos para las enfermedades mentales. Editorial Labor, 1986.

Lieberman, R.P.: Social and Independent Living Skills. Medication Management Module. Camarillo State Hospital. UCLA Department of Psychiatry. Mcneill Pharmaceuticals. 1985.

Lieberman, R.P.: Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Martínez Roca. 1993.

Magaro, P.: Cognitive Bases of Mental Disorders. SAGE Publications, 1991, USA.

Marneros, A., Andreasen, N. Y Tsuang, M.: Negative versus Positive Schizophrenia. Springer Verlag, 1991.

McKay, M. y otros: Técnicas cognitivas para el tratamiento del stress. Martínez Roca, 1985.

McKay, M. Y Fanning, P.: Autoestima. Evaluación y mejora. Martínez Roca. 1991.

Meichenbaum, D.: Manual de inoculación del estrés. Martínez Roca, 1987.

Meichenbaum, D. Y Turk, D.: Como facilitar el seguimiento de los tratamientos terapeuticos. Guía práctica para los profesionales de la salud. DDB. 1991.

Murray, T. y Reveley, A.: Genetic aspects of schizophrenia: overview. En Kerr, A. y Sanith, Ph.: Contemporary issues in schizophrenia. Gaskell, London, 1986.

Neufeld, R.: Psicopatología y estress. Toray, 1984

Osgood, C.E., Suci, G. y Tannebaum, P.: La medida del significado. Editorial Gredos, Madrid, 1976.

Otero, V. Y Rebolledo, S.: Evaluación de un programa de rehabilitación psiquiátrica. Psiquis, 13 (3), 35-142, 1992.

Ozámiz, J.: Estilos de vida y salud mental. En Ozámiz, J. (ed.): Psicociología de la salud mental. Tartalo, 1987.

Palmer, P. Y Alberti, M.: Autoestima. Cinteco. Promolibro. 1992.

Perris, C.: Cognitive with schizophrenic patients. Cassell, 1989.

Pilsecker, c.: On educating schizophrenics about schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 7, 379-382, 1981.

Rebolledo, S. Y Lopez de Heredia, N.: Psicoeducación de pacientes esquizofrénicos y sus familias. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna., 17,2, 92-100, 1990.

Rebolledo, S. Y Pastor, A.: Programa y recursos de los dispositivos de rehabilitación psiquiátrica. Psiquiatría Pública, 3, 4, 204-214, 1991.

Rebolledo, S. Y Lobato, M.: Como afrontar la esquizofrenia. Guía para las familias. Fundación ONCE. 1994.

Rochon, A.: Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Masson, S.A. 1991.

Ruiz Vargas, J.: Esquizofrenia, un enfoque cognitivo. Alianza, 1987.

Ruiz, A.: Como ayudarse a uno mismo. Ediciones Paulinas. 1992.

Sanchez, P. y Ruiz-Vargas, J.: Vulnerabilidad a la esquizofrenia. En Ruiz Vargas, J.: Esquizofrenia, un enfoque cognitivo. Editorial Alianza, 1987. 129

Salleras, L.: Educación Sanitaria. Principios, métodos, aplicaciones. Diaz de Santos. 1985.

Scharfetter, Ch.: Introducción a la psicopatología general. Morata, 1979.

Schaff, T.: El rol de enfermo mental. Amorrortu, 1973.

Straube, E. Hahlweg, K.: Schizophrenia. Concepts, vulnerability and intervention. Springer verlag, 1990.

Strauss, J., Böker, W. y Brenner, H.: Psychosocial treatment of Schizophrenia. Hans Huber Publisher, 1987.

Thorton, J., Plummer, E., Seeman, M.: The family's reaction to schizophreni illness. International J. of Family Psychiatry 3, 33-44, 1982.

Watt, D.: A search for generic linkage in schizophrenia. British J. of Psychiatry, 142, 532-537, 1982.

Weinsinger, H.: Técnicas para el control del comportamiento agresivo. Martínez Roca. 1988.

Wolpe, J.: Psicoterapia por inhibición recíproca. DDB. 1978.

Zazzo, R.: Manual para el examen psicológico del niño. Editorial Fundamentos. 1971.

Zubin, J.: Chronic Schizophrenia from the standpoint of vulnerability. En Baxter, C. y Melnechuk, T.: Perspective in schizophrenia research. Raven Press, New York, 1980.

Zubin, J., Magaziner, J. y Steinhauer, S.: The metamorphosis of schizophrenia from chronicity to vulnerability. Psychological Medicine, 13, 551-571, 1983.

Zubin, J. and Spring, B.: Vulnerability: a new view of schizophrenia. J. of Abnormal Psychology, 86, 2, 103-126, 1977.

Zubin, J. y Steinhauer, S.: How to break the logjam in schizophrenia: a look beyond genetics. J. of Nervous and Mental Disease, 169, 477-492, 1981.



Las habilidades sociales en la rehabilitación psiquiátrica

Alejandro Torres Carbajo

► Introducción

El aislamiento social (no salir, no trabajar, no mantener ni establecer vínculos) o bien no tener capacidad de afrontamiento en situaciones sociales más o menos dificultosas o el desconocer cómo resolver de la mejor manera posible un problema que el entorno nos plantea, son características del enfermo esquizofrénico y son aspectos de la conducta que se pueden aprender (Andreasen y Olsen, 1.982).

El entrenamiento en HABILIDADES SOCIALES (HH.SS.), es uno de los métodos de trabajo y una de las terapias más potentes en la recuperación de las capacidades perdidas y en la adquisición de otras nuevas. Partiendo del modelo conceptual de “vulnerabilidad al estrés” es obvio que al enfermo esquizofrénico habría que dotarle de “prótesis conductuales” que lo protegieran frente a su vulnerabilidad. La búsqueda de estas prótesis nos llevarían a la implementación de diversos programas terapéuticos, que constituirían el arsenal y armazón terapéutico de la esquizofrenia.

Lo que aquí expongo es la experiencia de varios años de trabajo en un Hospital de Día. Todo ello es adaptable para cualquier otro dispositivo. Orientada la rehabilitación del paciente esquizofrénico a través de diversos PROGRAMAS, éstos los adaptaremos a los distintos niveles de funcionalidad/discapacidad, haciendo más hincapié en unas áreas que en otras. Entre los principales podríamos

destacar los siguientes:

Centrémonos en el de HABILIDADES SOCIA-

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ✓ | PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN |
| ✓ | PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA |
| ✓ | PROGRAMA DE PSICOMOTRICIDAD |
| ✓ | PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES |
| ✓ | PROGRAMA OCUPACIONAL |
| ✓ | PROGRAMA DE AUTOCUIDADOS |

131

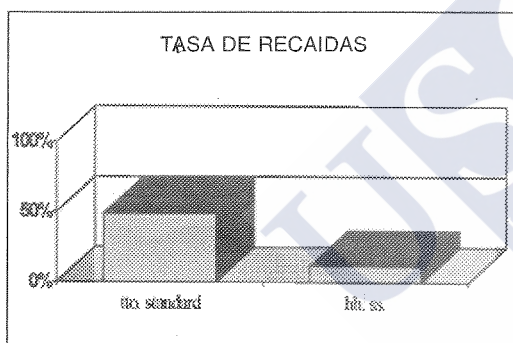
LES, pues ello es el contenido de este capítulo. La carga fundamental a nivel asistencial del paciente esquizofrénico la constituyen los déficits cognitivo-conductuales, los niveles de ajuste bajos al alta y la tendencia al reingreso. Protegido a nivel farmacológico -si no abandona la medicación- el paciente está totalmente desprotegido a nivel psicosocial: lo exponemos al estrés con una incapacidad para enfrentarse a las situaciones estresantes. Para sobrevivir en la comunidad ha de reaprender habilidades sociales perdidas o que nunca había adquirido.

Si el nivel de COMPETENCIA SOCIAL anterior al ingreso de un paciente hospitalizado es el

mejor PREDICTOR del ajuste posterior a la salida del hospital (Zigler y Phillips, 1972) y el nivel de FUNCIONAMIENTO SOCIAL está relacionado con el ALTA y la TASA DE RECAÍDA (Paul y Lentz; Liberman, 1.977; Erlenmeyer et al., 1.993), la adquisición de HABILIDADES SOCIALES ha de devenir en uno de los puntos fundamentales del tratamiento del paciente deficitario. En la Fig. 1 podemos observar los resultados a los que llega Liberman al comparar la tasa de recaídas con un tratamiento estándar (49 %) en el que predomina únicamente el nivel farmacológico y un tratamiento combinado de medicación y entrenamiento en habilidades sociales

FIG 1

Así pues, se trata de identificar las HABILIDA-



DES para vivir con éxito en la comunidad, enseñar esas competencias a los pacientes con DÉFICITS en esas áreas y así tratar de reducir la probabilidad de rehospitalización.

► Modelo conceptual

El modelo conceptual de VULNERABILIDAD AL ESTRES (VE) (Vázquez y Ochoa, 1.986; Liberman, 1.993) en la esquizofrenia implica que la situación sintomática vendrá dada por los estresores a los que está sometido el paciente y su capacidad de afrontamiento a ellos.

Los estresores son los que precipitan, disparan, la aparición o reaparición de la sintomatología, al romper su Vulnerabilidad Psicobiológica.

Así representamos en forma de báscula la rela-

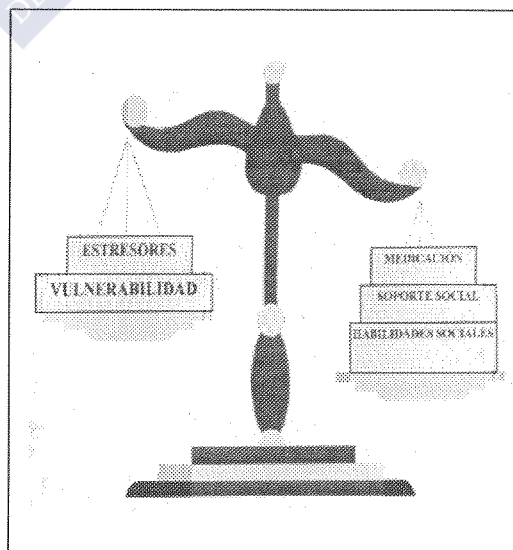
ción entre el arsenal terapéutico y los estresores y la vulnerabilidad (Fig. 2). Dentro del paquete terapéutico se le da un peso específico de más volumen al soporte social y a las habilidades sociales como "compensadores" del efecto de los estresores y la vulnerabilidad.

Modelo conceptual que interacciona las funciones psicobiológicas, las funciones cognitivas y el esquema social del sujeto que desarrolla unas capacidades de afrontamiento, autorreguladas por las contingencias socio-ambientales y a su vez por sus funciones psicobiológicas, tal como se representa en la Fig. 3. (Liberman et al., 1986).

Las HH.SS. son las conductas cognitivas, verbales y no verbales que deben ser utilizadas en la relación interpersonal para alcanzar necesidades de supervivencia en la comunidad y una razonable calidad de vida. Las HH.SS. incluyen una percepción acertada de la recepción de mensajes sociales y habilidades de "enviar".

Los esfuerzos de afrontamiento son los intentos del individuo para poner en práctica las HH.SS. que existe en su repertorio.

FIG. 2



► Habilidades sociales y competencia social

Modelo conceptual (Lieberman et al., 1986)

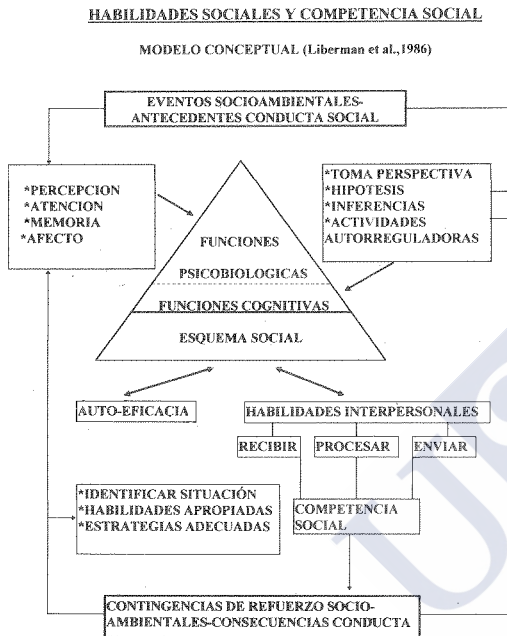


FIG. 3

Una CONDUCTA COMPETENTE es la capacidad para transformar y emplear la información de forma activa, lo que va a proporcionar una ejecución adecuada según las demandas que haya que afrontar, dando unos resultados efectivos y adecuados. Todo ello implica que el sujeto ha de conocer la conducta habilidosa apropiada que ha de ejercer en ese momento, un conocimiento de las costumbres sociales para que la conducta sea adecuada a la situación, un conocimiento de las diferentes señales de respuesta, es decir, qué opciones de conducta tiene en su repertorio y cuando y cómo debe actuar, ha de saber ponerse en el lugar de la otra persona, lo cual es una habilidad cognitiva fundamental para la interacción (capacidad de empatía) y que falta en los pacientes psiquiátricos, y por último se

ha de tener una capacidad de resolución de problemas: toma de decisiones, manejo de situaciones y problemas. Hemos de reconocer, pues, que no es fácil el comportamiento social competente por la complejidad que encierra.

► Habilidades sociales

El entrenamiento en HH.SS. es un enfoque de tratamiento, ampliamente utilizado en salud mental, dirigido a incrementar la COMPETENCIA DE ACTUACIÓN o EFECTIVIDAD PERSONAL.

Partimos de que las relaciones interpersonales son importantes en el funcionamiento psicológico y que ciertos ESTILOS/ESTRATEGIAS interpersonales son más adaptativos. La mejora en la competencia interpersonal será una base de un mejor funcionamiento psicológico, en sentido general, y una protección frente a los estresores medioambientales.

Las HH.SS. como técnica terapéutica (Caballo, 1987), ENSEÑA:

- 1.- Formar RELACIONES más satisfactorias (por mejor manejo de ellas).
- 2.- Tener CUIDADO de sí mismos (por mayor capacidad de resolver y afrontar problemas).
- 3.- PEDIR lo que deseen o necesiten y PROTEGERSE de las peticiones poco razonables (Autoafirmación y asertividad).
- 4.- Ser capaces de ABRIRSE a los demás (mayor capacidad de expresión de sentimientos).

Como argumento terapéutico, las HH.SS. implican cinco aspectos importantes del modelo cognitivo-conductual:

- 1.- INSTRUCCIONES (aleccionamiento-coaching).
- 2.- MODELADO (aprendizaje por aproximaciones sucesivas).
- 3.- ENSAYO DE CONDUCTA (role-playing).
- 4.- RETROALIMENTACIÓN (visualización en vídeo de la conducta como base del feed-back).
- 5.- REFORZAMIENTO

¿Cuáles son las principales dimensiones conductuales de las HH.SS.? Diversos autores han desarrollado y propuesto una serie de ellas. Las resumo en las cuatro que estableció LAZARUS (1973):

- 1.- CAPACIDAD DE DECIR NO
- 2.- CAPACIDAD DE PEDIR FAVORES Y HACER PETICIONES.

3.- CAPACIDAD DE EXPRESAR SENTIMIENTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS.

4.- CAPACIDAD DE INICIAR, CONTINUAR Y TERMINAR CONVERSACIONES.

Destaco estas cuatro dimensiones porque, en general, todas las establecidas han girado en torno a éstas. Las más aceptadas han sido:

- * Hacer cumplidos.
- * Aceptar cumplidos
- * Hacer peticiones.
- * Expresar amor, agrado, afecto.
- * Iniciar y mantener conversaciones.
- * Defender los propios derechos.
- * Rechazar peticiones.
- * Expresar opiniones personales (desacuerdo).
- * Expresión justificada de la ira.
- * Disculparse.
- * Manejo de las críticas.

134

Las ÁREAS sobre las que se trabaja se resumen en las topografías que dificultan su comportamiento social en la mayoría de las relaciones interpersonales, incluyéndose tanto topografías muy moleculares como el tono de voz, como topografías más molares, como iniciar conversaciones, etc. Entre las primeras destacamos de una manera fundamental las siguientes:

1.- MIRADA / CONTACTO OCULAR.

2.- CONVERSACIÓN

- * CONTENIDO Y FLUIDEZ.
- * DURACIÓN.

3.- VOLUMEN DE VOZ.

4.- GESTOS / POSTURA.

Estos elementos de las HH.SS. van a estar presentes en las sesiones de un modo continuo y permanente, ya que son pieza fundamental y sustento de toda habilidad / efectividad personal. Su importancia hace que en todas las sesiones, y sea el problema o situación que se esté tratando, tenemos un cartel presente que pregunta.

¿CÓMO ERA...?

**TU MIRADA
TU VOLUMEN DE VOZ
ETC...**

Esto supone un estímulo para fomentar la atención y, en suma, el aprendizaje de la Habilidad que en ese momento se esté ensayando.

► Programa en habilidades sociales

Sistematizamos el Programa de Habilidades Sociales en cuatro áreas fundamentales en las que desarrollar el aprendizaje de los déficits del paciente. Será según el dispositivo, el tipo de déficits, etc. que se hará más hincapié en uno o en otro. Estas cuatro áreas serían las siguientes:

- ✓ COMUNICACIÓN BÁSICA
- ✓ INTERACCIÓN SOCIAL
- ✓ INTERACCIÓN EN LA COMUNIDAD
- ✓ AUTOMANEJO MEDICACIÓN

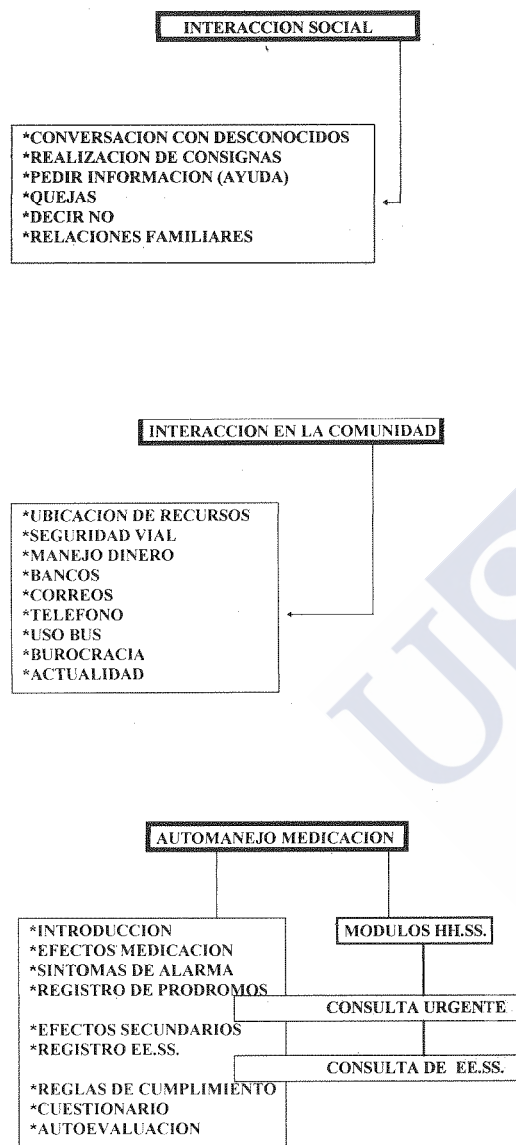
Cada área se compone de una serie de módulos que son en sí mismo la sesión terapéutica. Cada módulo, tiene perfectamente especificado y diseñados todos los pasos: las indicaciones para el terapeuta y el paciente, las diversas situaciones de role playing que vamos a desarrollar, los temas de modelamiento, etc. Ello nos ayuda a realizar las sesiones más estructuradas, sin improvisación, ir las modificando paulatinamente según nuestra experiencia y poder transmitir las de manera más eficiente.

Los módulos se han estructurado para cada área del modo siguiente:

HH.SS. DE COMUNICACION

- *ESCUCCHAR
- *PRESENTARSE
- *INICIAR CONVERSACION
- *MANTENER CONVERSACION
- *DESPEDIRSE
- *PRESENTARSE
- *PRESENTAR A OTRAS PERSONAS

- *FORMULAR UNA PREGUNTA
- *DAR LAS GRACIAS
- *HACER UN CUMPLIDO
- *LLAMAR POR TELEFONO
- *PEDIR CITA EN CSM
- *ENTREVISTA DE TRABAJO
- *TE DAN UNA NEGATIVA



ner en consulta los efectos secundarios. Son módulos que se intercalan en el programa según se muestra en el esquema y que ayudarán al paciente a internalizar de forma más viva e intensa los recursos y habilidades sociales para afrontar situaciones de crisis, que realizadas precozmente posibilitarán evitar una recaída.

No es posible, en los objetivos de este capítulo, desarrollar cada uno de los módulos, pero el modo como lo llevamos a cabo lo podemos ver en uno de ellos. Cojamos el apartado de la INTERACCIÓN SOCIAL. En éste todos los módulos implican un tema de resolución de problemas en situaciones sociales que conllevan un conflicto y por lo tanto la búsqueda de una solución que implique una conducta competente. Para ello necesitamos en la sesión el cartel de las distintas ALTERNATIVAS para trabajar con los pacientes en las posibles elecciones de conducta que conllevarían una mejor solución. Este cuadro es el siguiente, y cada una de ellas ofrece una posible solución competente a una situación social dada:

Alternativas

135

- 1- TERMINAR AMABLEMENTE
- 2- TERMINAR RUDAMENTE
- 3- REPETIR PREGUNTA
- 4- REMARCAR LA IMPORTANCIA
- 5- REALIZAR UN COMPROMISO
- 6- RECHAZAR LA POSICIÓN DEL OTRO
- 7- EXPLICAR TU POSICIÓN
- 8- ACEPTAR LA POSICIÓN DEL OTRO
- 9- PREGUNTAR POR MÁS INFORMACIÓN
- 10- PEDIR AYUDA
- 11- ENFADARSE
- 12- ENTENDER LA POSICIÓN DEL OTRO
- 13- HACER UNA NUEVA PREGUNTA
- 14- IGNORAR LA CRÍTICA

En este apartado destacamos dos módulos de HH.SS. insertados dentro de un programa general de Automanejo de medicación, que consisten en cómo y cuándo realizar una consulta urgente y como expo-

Ahora tomemos, como decíamos, en el apartado de la Interacción Social el módulo de RELACIONES FAMILIARES. En él tratamos de ofrecer una situación conflictiva con la familia y en la que el paciente ha de aprender la conducta más competente para solucionar la situación y la que evite mayores conflictos. Tenemos el esquema siguiente:

HABILIDAD SOCIAL: ESCENA FAMILIAR CONFLICTO DE INTERESES

INDICACIONES PACIENTE

HIJO: "QUEDE CON UN AMIGO. HOY NO PODRÉ AYUDARTE"

PADRE: "TU NO HACES NUNCA NADA, SIEMPRE TIENES UNA ESCUSA PARA NO TRABAJAR"

INDICACIONES TERAPEUTA

* 4- REMARCAR LA IMPORTANCIA DE TU NECESIDAD

* 5- HACER UN COMPROMISO (MÁS TARDE/MAÑANA)

SITUACIONES

Tienes una cita importante después de comer y no quieres que se te haga tarde. Tu padre quiere que le ayudes a hacer un trabajo

TEMAS DE MODELAMIENTO

Objetivo a corto plazo: marchar inmediatamente

Objetivo a largo plazo: mantener una buena relación con tu padre

136

Vamos a tratar de explicar este Módulo y la forma de trabajarlo. La metodología de la sesión de trabajo será como sigue:

1- Elección del problema

Estamos tratando de enseñarle al paciente a resolver un problema de conflicto de intereses en el seno familiar. ¿Cómo solucionarlo de la manera más competente posible?, tratando de evitar la tensión familiar y la propia. Elegimos -como problema la situación de que el paciente, en el papel de hijo, ha quedado con un amigo y su padre le interrumpe sus planes.

2- Elección de actores

Previamente a la sesión habremos decidido con qué pacientes vamos a tratar este tema. Habrá que valorar quien hace el papel de padre. Puede ser uno de los terapeutas, pero siempre que fuera posible, mi sugerencia sería que fuese un paciente.

En este apartado, habría que destacar el hecho de que a veces a un sujeto le es muy difícil afrontar la sesión y el papel que le adjudicamos. En este caso echamos mano del papel de "yo auxiliar", y sin contaminaciones psicodramatistas, ejercemos este papel

como apoyo y "apuntador" del "paciente actor".

Los actores pueden rotar en una sesión, habida cuenta que otros pacientes ensayan y otros más avezados hacen de modelo de aprendizaje.

3- Representación del problema

Se hace una primera representación del problema, en la que vemos cómo lo manejan los actores y pasamos al siguiente apartado del Ensayo de Conducta:

4- Análisis. sugerencias. objetivo

Realizada la primera representación y habiéndose hecho los pacientes buena idea de lo que se pretende, es cuando concretamos los objetivos de lo que queremos y tratamos de resolver, dando las primeras sugerencias y haciendo los primeros análisis de lo que ha ofrecido esta primera representación. En los objetivos, concretamos los dos niveles de solución a corto y largo plazo, que vemos, en el panel de la sesión ya descriptos.

5- Modelado

Este apartado constituye la esencia de las habilidades sociales como técnica terapéutica. En él hace-

mos la representación del MODELO, es decir, de la respuesta COMPETENTE o más efectiva que buscamos. Lo hacemos atendiendo a la conducta molecular, por partes y aproximaciones sucesivas. A partir de aquí seguimos el método de FEEDBACK / RE-ENSAYO / FEEDBACK / RE-ENSAYO / REFUERZO hasta llegar a la conducta que deseamos. Hemos de destacar la importancia del REFUERZO, después del ensayo aunque la actuación no haya sido buena. Siempre las sugerencias y las "críticas" han de ir mezcladas con un refuerzo de una conducta que siempre es rescatable como adecuada en la actuación del paciente.

El feedback pueden hacerlo los terapeutas y los pacientes que observan el ensayo. El vídeo es una herramienta óptima para utilizarlo como retroalimentación de la conducta en los diferentes ensayos que vamos haciendo, y en nuestra experiencia, su utilización motiva a los pacientes en la sesión.

► La sesión

Las sesiones de HH.SS. tienen una duración de una hora aproximadamente y se pueden realizar de dos a tres por semana, según los objetivos, el tipo de pacientes, etc.

El número ideal de pacientes es de seis a ocho, con un problema y objetivos comunes. Es posible también hacerlo a nivel de grupo grande, por ejemplo con los de una sala, alrededor de 15 pacientes y, por ser pacientes ingresados, variados en sus patologías, así como en sus niveles de competencia social. En este caso, el grupo de HH.SS. tiene otros objetivos añadidos, pero resulta interesante, manejando a determinados pacientes como líderes, como modelos de una determinada habilidad, a los que los pacientes más deficitarios siguen mejor en sus "enseñanzas". Es un grupo de más difícil manejo y que exige más experiencia del terapeuta, pero muy interesante a nivel institucional.

► Las herramientas

La primera herramienta y la más importante es el TERAPEUTA, pues considero que en todo tipo de terapia él es el catalizador de todo proceso.

La segunda herramienta que utilizamos es el CARTEL. Es un elemento fundamental que sirve al

paciente de apoyo y de guía del objetivo que estamos considerando. El contenido de los carteles son las pautas de conducta que se han de seguir en el módulo correspondiente. Otros carteles son el recuerdo de las topografías más moleculares, como vimos anteriormente, como el volumen de la voz, etc. En suma, siempre un cartel sobre lo que estemos tratando.

Otra herramienta es el VÍDEO, que ya hemos hablado de él. Ha de tener un manejo rápido para poder visualizar de inmediato la conducta que se acaba de ensayar y así recibir el feedback y poder modelarla.

► Conclusiones

Enfrentarse a la enfermedad esquizofrénica supone hacerse con un arsenal terapéutico y multidisciplinar, en el que destacan la farmacoterapia, la adquisición de competencia social, la educación de la familia y un soporte social. Lo fundamental de la enfermedad deviene en el cumplimiento farmacológico y en la superación de los déficits que la enfermedad conlleva. Éstos son los verdaderos caballos de batalla de la terapia de la esquizofrenia, ya que son los factores que alargan las estancias, las quejas familiares y los reingresos, y por lo tanto, un gasto sanitario enorme.

Dentro de este arsenal, las Habilidades Sociales, como técnica terapéutica, cumple una función muy importante, pero el arsenal se compone de más métodos y técnicas que se han de ir conformando en PROGRAMAS.

Creo que el mejor soporte del paciente esquizofrénico es la adscripción a un programa determinado, en grupo, que genere motivación y sentimiento de pertenencia e ir abandonando el concepto de "consulta", que resulta -para este tipo de pacientes- más improductiva, monótona y cronificante, tanto para el paciente como para el terapeuta.

► Bibliografía

Andreasen, N.,C. y Olsen, S.; "*Negative vs. positive schizophrenia: definition validation*", Arch Gen Psychiatry, 39, 789-794 (1982).

Caballo, V.E.: "*Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*", Promolibro (1987).

Caballo, V.E.: "Asertividad: definiciones y dimensiones", Estudios de Psicología, **13**, 52-62 (1983).

Cazzullo, C.L.: "Factores de riesgo en la esquizofrenia", Rev. de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, **16**:3 (1989).

Erlenmeyer-Kimling L., Cornblatt B.A., Rock D., Roberts S., Bell M. y West A.: "The New York high-risk project: Anhedonia, attentional deviance, and psychopathology", Schizophrenia Bull, **19**, 141-153 (1993).

Goldstein A. P., Sprafkin R.P., Gershaw N.J. y Klein P. "Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia" M. Roca (1980).

Gutiérrez M., Ezcurra J. y Pichot P. "Esquizofrenia. Entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico.", Ed. en Neurociencias (1995).

Imlah, W. "Un programa para la asistencia comunitaria de la esquizofrenia en Birmingham." Actas luso-españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines, **IV** (1980)

Lazarus, A.A.: "On assertive behavior: A brief note", Behavior Therapy, **4**, 697-699, (1973).

138 Liberman R.P. "Rehabilitación integral del enfermo mental crónico", M. Roca (1988).

Liberman R.P. "Handbook of psychiatric rehabilitation", Academic Press, N.Y. (1992).

Liberman, R.P. : "Treatment of Schizophrenia". Workshop impartido en el Congreso mundial de Terapia de conducta. Edimburgo. (1988).

Liberman, R.P., De Risi, W. J. y Mueser, K.T.: "Social skills training for psychiatric patients", Pergamon, N.Y. (1989).

Liberman R.P., Mueser K.T., Wallace Ch.J., Jacobs H.E., Eckman T. y Massel H.K.: "Training skills in the Psychiatrically disabled: Learning, coping and competence". Schizophrenia Bulletin **12**, 4 (1986).

Martín Carrasco, M. y cols.: "Desde el Hospital de Día hasta la hospitalización parcial". Rev. Anales de Psiquiatría, **6** (1990).

Martínez Azumendi, O. y cols.: "Continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria. Evaluación de su existencia en un área determinada". Rev. de Psicopatología. **11** (1991).

Martínez Azumendi, O. y cols.: "Ingreso psiquiátrico. Análisis del tiempo de hospitalización y flujos entre CSM y hospital". Rev Psiquis. **13** :2 (1992).

Minkowski E.: "La esquizofrenia.", Paidós. (1989).

Paul G L. y Lentz, R.J.: "Psychological treatment of chronic mental patients: Milieu vs. social learning program.", Harvard University Press, Cambridge (1977).

Vázquez C. y Ochoa E.: "Vulnerabilidad a la esquizofrenia: aproximaciones longitudinales.", Rev. Psiquis, **7** (1986).

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

Programa Terapéutico Psicológico Integrado (IPT*) para pacientes esquizofrénicos

Volker Roder/Hans Dieter Brenner/ Ursula Keppeler/ Heiko Linn

El Programa Terapéutico Psicológico Integrado (IPT) es un programa de terapia grupal orientado a la terapia conductual para el mejoramiento de las habilidades cognitivas y sociales de pacientes esquizofrénicos. Las primeras concepciones y los primeros ensayos prácticos de este programa se llevaron a cabo hace casi 20 años. Posteriormente, este programa se com-

probó empíricamente en 20 estudios terapéuticos, ya publicados, y que han sido realizados con más de 700 pacientes. Este programa fue revisado y perfeccionado de acuerdo al conocimiento teórico y empírico actual en la investigación de esquizofrenia, principalmente en la clínica universitaria de Bern, Suiza (Brenner et al. 1992, Roder et al. 1995a, Roder et al. 1996).

139

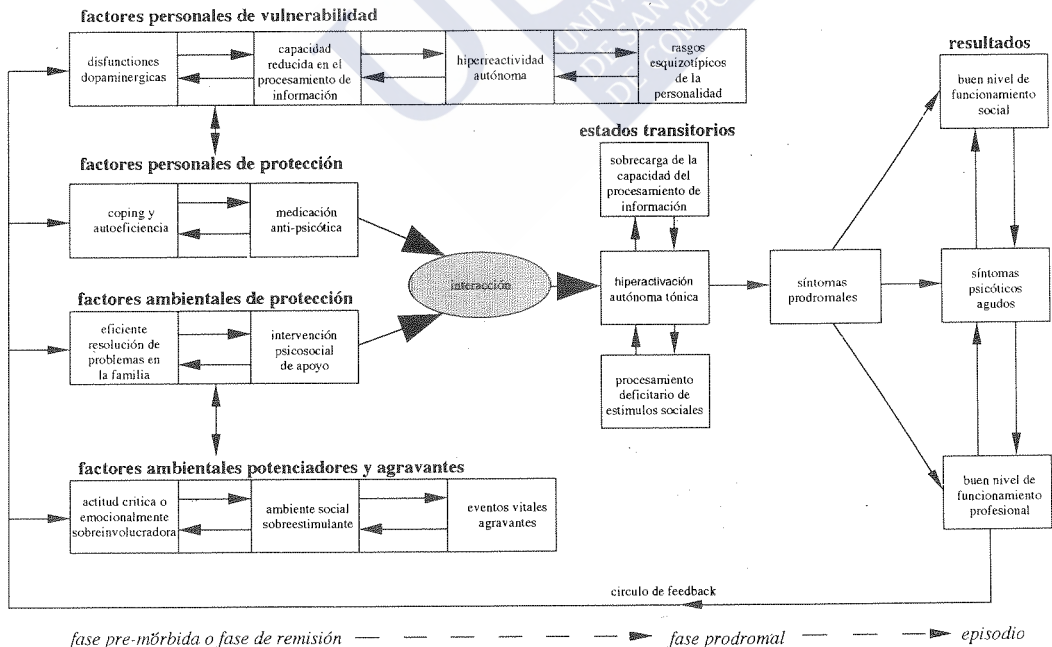


Fig. 1 Modelo heurístico de vulnerabilidad-estrés (Nuechterlein et al. 1984, 1994, Zubin & Spring 1977, mod.)

► Modelos teóricos

En la literatura de las últimas décadas se han discutido varios modelos teóricos diferentes para la comprensión de los trastornos esquizofrénicos. Actualmente, los modelos de vulnerabilidad-estrés gozan de una aceptabilidad creciente, ya que han sido comprobados empíricamente (Zubin y Spring 1977, Nuechterlein et al. 1994). Estos modelos interactivos y de múltiples niveles permiten la integración de muchos factores biológicos, psicológicos y sociales en el diagnóstico, en el seguimiento del curso y en el tratamiento de los trastornos esquizofrénicos.

Según esta concepción de enfermedad bio-psico-social, se entiende por enfermedades esquizofrénicas una alteración sistémica más que una enfermedad en el sentido tradicional médico (Bellack y Mueser 1993, Brenner et al. 1992). Variaciones genéticas determinadas y/o adquiridas tempranamente en la estructura cerebral y/o en la fisiología tienen como base diferencias en los procesos cognitivos y de la percepción. Al respecto, se distingue entre cambios en la estructura cerebral como manifestación de una vulnerabilidad biológica, y alteraciones individuales del procesamiento de información como manifestación de una vulnerabilidad cognitiva (Hodel y Brenner 1994, Roder 1995). Estas diferencias individuales interactúan a su vez con factores ambientales. Un episodio esquizofrénico puede ocurrir en un hombre vulnerable, cuando éste se ve enfrentado a problemas y cargas que sobrepasan su capacidad de afrontamiento. En estos modelos las cargas y los estresores tienen principalmente una función desencadenante y potenciadora.

Generalmente se opina que las alteraciones cognitivas son hechos centrales y característicos de la esquizofrenia y que co-determinan la sintomatología aguda. Podemos lograr un mayor conocimiento de estas alteraciones por medio de modelos de procesamiento de la información (véase p.ej. Breiner 1986).

Con el concepto de procesamiento de información, se unifican todos los procesos de coordinación, asociación y evaluación de informaciones basadas en la vivencia y en el comportamiento.

Basándose en el modelo de los dos círculos viciosos, se crea una relación entre alteraciones cognitivas y conducta social (Hodel y Brenner 1994). Al mismo tiempo, se destacan las interacciones entre el procesamiento de la información y la conducta social.

círculo 1: déficits cognitivos

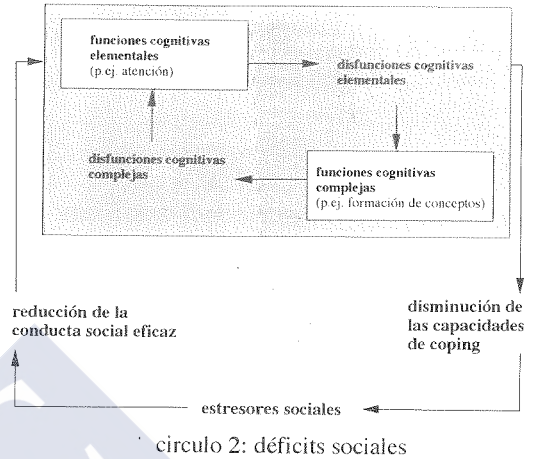


Fig. 2 Círculos viciosos entre disfunciones cognitivas y sociales

En el modelo, se parte del supuesto que los procesamiento de información alterados, elementales y las disfunciones cognitivas complejas tienen un carácter pervasivo a la conducta social y a la vivencia de estrés. Esa pervasividad perturba también la coordinación entre recepción y procesamiento de la información, con lo cual nace el primer círculo vicioso. El segundo círculo describe la reducción de la competencia social (de superación o afrontamiento), es decir, por un lado las alteraciones de los mismos procesos cognitivos y por otro lado una coordinación deficiente entre los procesos cognitivos, reducen o impiden una planificación y ejecución adecuada de la conducta o el aprendizaje de un nuevo comportamiento. Este déficit de habilidades sociales puede causar reacciones negativas en la pareja de interacción. Esto es experimentado como un enorme estrés social por parte del enfermo y disminuye aún más las áreas íntegras de sus capacidades cognitivas. Es decir, las cargas emocionales pueden reforzar los dos círculos viciosos.

► El concepto de terapia del IPT

Partiendo de estos modelos basados en interdependencias multifactoriales para el curso y la génesis

de los trastornos, los enfoques psicosociales de tratamiento, además de la atención clínica rutinaria con una medicación óptima, adquieren una importancia creciente. Al mismo tiempo, se favorecen principalmente enfoques que se fundan en la teoría del aprendizaje en combinación con la terapia conductual. Estos enfoques se dividen en tres áreas: procedimientos cognitivos, entrenamiento de competencia social y trabajo familiar psicoeducativo (Bellack y Mueser 1993, Roder et al. 1990).

En los últimos años, el enfoque terapéutico llamado Programa Terapéutico Psicológico (IPT) para pacientes esquizofrénicos (Roder et al. 1988, 1992, 1995 a, Brenner et al. 1987), recibió cada vez más atención y es aplicado actualmente en muchas clínicas como un procedimiento estándar. A través de la realización de este programa, se intenta mejorar las funciones cognitivas y sociales integradamente. El "IPT" es un programa de terapia grupal que consiste en cinco subprogramas: "Diferenciación Cognitiva", "Percepción Social", "Comunicación Verbal", "Habilidades Sociales", y "Resolución de Problemas Interpersonales".

centración, formación de conceptos, habilidad de abstracción y memoria forman el centro de la terapia. Basándose en lo anterior, los últimos dos subprogramas "Habilidades Sociales" y "Resolución de Problemas Interpersonales" entrenan funciones sociales complejas y funciones para resolver problemas. De este modo, se pretende una ampliación y una optimización del repertorio conductual. El tercer subprograma "Comunicación Verbal" ocupa una posición intermedia.

Cada subprograma está organizado de tal manera, que las exigencias para el individuo y para el grupo aumentan en relación con la duración de la terapia. Pero el programa en su conjunto también aumenta el grado de las exigencias, tanto en cuanto al contenido como a la forma de realizar la terapia. Así pues una alta estructuración y orientación en las tareas lleva a una acentuación creciente de las interacciones grupales y el comportamiento inicialmente directivo del terapeuta cambia a una dirección disminuida y menos directiva. Los ejercicios de un subprograma se realizan primero con materiales neutrales y objetivos en el sentido de que dicho material no sea una carga afectiva para los pacientes. En el transcurso de la terapia se aplican cada vez materiales con una carga más afectiva.

141

► Objetivos de la terapia

Los objetivos del IPT se orientan en supuestos básicos de la terapia cognitiva-conductual. Las metas particulares consisten en una disminución de las alteraciones del procesamiento de información y déficits cognitivos, una percepción concerniente a la realidad de situaciones (especialmente de situaciones interpersonales con una alta carga afectiva), mejorar las estrategias de afrontamiento en dominios vitales importantes para el paciente y elaborar así soluciones de problemas que son factibles de realizar y ampliación del espacio vital y una mejor integración en dominios vitales importantes. Los objetivos terapéuticos deberían elaborarse individualmente para cada paciente, a través de un preciso análisis del problema y del comportamiento.

Aplicación del IPT

El programa terapéutico se realiza en grupos de cinco a ocho pacientes esquizofrénicos, normalmente

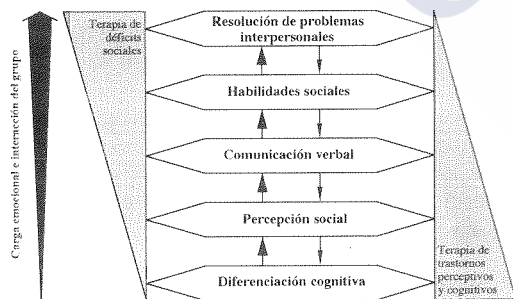


Fig. 3 Programa Terapéutico Psicológico Integrado (IPT)

En los primeros dos subprogramas "Diferenciación Cognitiva" y "Percepción Social", la terapia se concentra sobre todo en procesos atencionales, perceptivos y cognitivos. Funciones básicas como con-

en dos sesiones por semana (dependiendo de factores externos, capacidad de carga y duración de la enfermedad de los integrantes del grupo). La duración de una sesión varía entre 30 y 90 minutos. Las primeras sesiones para el subprograma "Diferenciación Cognitiva" no debieran exceder 30 a 40 minutos cada una, mientras que para los dos últimos subprogramas se necesita en general 60 a 90 minutos por sesión. Los terapeutas dan a conocer con anticipación los tiempos exactos para el grupo. Las duraciones particulares de los subprogramas así como la duración del programa completo dependen del grado de gravedad que alcance la alteración y de la motivación a participar de los integrantes del grupo. En pacientes con una extensa hospitalización, la terapia dura por lo general uno a dos años. Pacientes, que sólo necesitan parte del programa ya pueden mejorar después de tres o cuatro meses (véase abajo).

142 Cada sesión es conducida por un terapeuta con la asistencia de uno o dos co-terapeutas. El terapeuta principal tiene la tarea de guiar la sesión grupal, es decir, tiene que estructurarla en cuanto al contenido y a la forma, motivar a los integrantes y dar un feedback que facilite el cambio. Los co-terapeutas apoyan al terapeuta principal en cuanto a los problemas relacionados con el grupo y en la aplicación de diferentes técnicas terapéuticas. Por ejemplo ellos asumen funciones de modelo en ejercicios nuevos u optimizan el proceso terapéutico dando ayuda a los participantes más débiles.

Los materiales de terapia existen para todos los subprogramas y son explicados detalladamente en el manual (Roder et al. 1995a).

► Subprograma Diferenciación cognitiva

En la primera sesión de este subprograma, los participantes generalmente se encuentran por primera vez como grupo. Para ello, cada miembro debería estar preparado para integrarse al grupo y motivado a participar por medio de contactos individuales con el terapeuta. En conjunto, los objetivos del primer subprograma consisten en la mejora de la atención, la concentración, el pensamiento conceptual, la adquisición de conceptos abstractos y finalmente en la mejora de funciones mnésicas. Varias tarjetas con diferen-

tes estímulos constituyen, entre otros, los materiales para los ejercicios.

Las etapas del subprograma

Etapas 1 (ejercicios con tarjetas): El terapeuta principal reparte una determinada cantidad de tarjetas, que se distinguen en varias características, tales como números, colores, formas, etc. Los pacientes deben ordenarlas según distintos criterios. Las soluciones individuales de los participantes son revisadas por el grupo. Las exigencias pueden aumentar incrementándose la cantidad de criterios.

Etapas 2 (sistemas conceptuales verbales): a) jerarquías conceptuales: los participantes deben nombrar todas las palabras que asocian con una palabra determinada. A continuación, estas palabras son clasificadas en un concepto general y en un concepto secundario. b) sinónimos/antónimos: los participantes deben encontrar palabras con un significado similar u opuesto para una palabra determinada. Diferencias y similitudes son puestas de relieve por medio de frases ejemplos. c) definiciones de palabras: el grupo debe explicar un objeto determinado según ubicación, función, material, etc. Inicialmente se utilizan conceptos concretos, más tarde hay, un cambio hacia conceptos más abstractos. d) tarjetas con palabras: un participante recibe una tarjeta con dos palabras, las que debe leer en voz alta. Pero sólo él sabe, cuál de las dos palabras está subrayada. Por medio de ayuda adicional a través de conceptos relacionados, el grupo debe identificar la palabra subrayada y e) palabras con diferente significado según el contexto: el grupo debe especificar los distintos contenidos semánticos de una palabra.

Etapas 3 (estrategias de búsqueda): Un paciente elige un objeto que los demás deben identificar por medio de preguntas. Las respuestas permitidas consisten solamente en "Sí" o "No". Así, se elaboran estrategias de razonamiento y pregunta.

► Subprograma de Percepción Social

En este subprograma, el objetivo consiste en la mejora de la percepción e interpretación de situaciones interpersonales utilizando adecuadamente experien-

cias antiguas relevantes. Se presta atención a la percepción del comportamiento expresivo emocional. El material de ejercicio consiste en una serie de diapositivas que muestran situaciones sociales. Esta serie ha sido clasificada según el grado de complejidad de los estímulos y el grado de la carga afectiva de la imagen.

Las etapas del subprograma

Etapa 1 (recogida de información): Los participantes deben describir una diapositiva referente a todos los detalles perceptibles, lo más completo que sea posible. El foco principal está en las personas mostradas y sus interacciones.

Etapa 2 (interpretación y discusión): En esta etapa se recopilan interpretaciones para la diapositiva. Cada interpretación se fundamenta por medio de la descripción detallada de la etapa 1. A continuación, el grupo discute todas las interpretaciones en cuanto a su adecuación a la realidad, mientras que los terapeutas eliminan disonancias cognitivas eventualmente existentes.

Etapa 3 (asignación de un título): Finalmente, los participantes deben encontrar un título corto y preciso para aclarar las informaciones claves de la imagen.

► Subprograma "Comunicación Verbal"

Este subprograma representa el nexo entre el entrenamiento de funciones cognitivas elementales y habilidades más complejas de la competencia social. La alta estructuración del procedimiento terapéutico se desplaza más y más al fondo. En este subprograma, se entrenan las destrezas básicas de la comunicación entre emisor y receptor: escuchar, comprender, responder. Tarjetas con palabras o frases forman, entre otros, materiales para practicar.

Las etapas del subprograma

Etapa 1 (repetición literal de frases dadas previamente): Una frase leída debe ser repetida literalmente.

Etapa 2 (repetición de acuerdo al sentido de frases autoformuladas): Mediante una o dos palabras estimulantes, un participante formula una o dos frases,

las cuales deben ser repetidas conforme al sentido por otro participante. En las etapas 1 y 2, los demás participantes observan la adecuación de la ejecución de la tarea y dan la retroalimentación correspondientes.

Etapa 3 (preguntas autoformuladas con respuesta): Por medio de una partícula interrogativa (Ej.: ¿Dónde?, ¿Cómo?, ¿Porqué?), los participantes preguntan por informaciones en un ámbito temático determinado. El grupo evalúa en qué medida la pregunta fue apropiada al tema y si la respuesta estaba relacionada con la pregunta.

Etapa 4 (el grupo interroga a uno o dos miembros del mismo sobre un tema determinado): Uno o dos participantes son preguntados sobre un tema determinado (p. ej. un artículo del periódico). La evaluación de la adecuación del proceso de comunicación se realiza en forma análoga a la etapa 3.

Etapa 5 (comunicación libre): La única estructura determinada para el grupo es el tema a tratar (p. ej. un artículo del periódico, dichos, relatos cortos). La evaluación se realiza durante la comunicación (por ejemplo por medio del co-terapeuta) y considera tanto aspectos en cuanto al contenido (p. ej. entender, acceder, seguir el hilo conductor) como - en preparación al cuarto subprograma - también aspectos formales (ej.: contacto visual, intensidad del sonido, entonación, fluidez lingüística).

143

► Subprograma Habilidades Sociales

El objetivo de este subprograma consiste en el desarrollo o bien mejoramiento de un repertorio adecuado de habilidades sociales, tales como "Informarse", "pedir informaciones", "criticar", "reclamar", "imponerse", "disculparse", "establecer contacto", etc. Situaciones de diferentes ámbitos sociales (p. ej. la convivencia diaria en el dispositivo clínico, contacto con autoridades, búsqueda de trabajo y casa, contactos sociales en el tiempo libre, etc.) que son importantes para los pacientes, constituyen el contenido terapéutico.

Las etapas del subprograma

Etapa 1 (elaboración cognitiva - preparación del rol play): Al principio de la sesión se da a cono-

cer una situación a practicar que requiere de una interacción social para alcanzar la meta. A continuación, el grupo elabora un posible diálogo para tal situación y lo escribe en una pizarra. Luego, el grupo debe encontrar un título corto y preciso para la situación a practicar. Las posibles dificultades que puedan aparecer durante la realización de la interacción deberían ser nombradas para poder observarlas en el role playing siguiente. Finalmente, cada participante estima el grado subjetivo de dificultad de la situación en una escala de raking.

Etapas 2 (ejecución del rol play): Primero, dos co-terapeutas muestran la interacción elaborada para que los participantes puedan conocer una exposición modelo de la situación de prácticas. Luego, los pacientes practican y después de cada role playing, se realiza una retroalimentación positiva con propuestas concretas para mejorar la interacción. Cada situación de prácticas termina normalmente con un "ejercicio autónomo" (tarea). De este modo, se favorece una generalización de lo aprendido. Adicionalmente, ejercicios "en vivo" pueden ser realizados fuera de la clínica. Al comienzo de la siguiente sesión de la terapia, las experiencias de los participantes con sus ejercicios autónomos deben ser discutidos brevemente. En grupos avanzados, se utiliza el video.

144

► Subprograma "Resolución de Problemas Interpersonales"

En este subprograma, se intenta mejorar tanto la percepción de problemas como la actitud racional frente a ellos y se aspira a una eficiente superación de los problemas. Aparte de eso, los terapeutas fomentan la evaluación de resoluciones constructivas de problemas y su traslación a la vida diaria. Dado que el procedimiento terapéutico se refiere a la (problemática) situación actual de los participantes, este subprograma es (a diferencia de los demás subprogramas) pre-estructurado y organizado solamente en forma tentativa y esquemática.

Como método relativamente exigente, las demandas para los participantes y terapeutas son muy altas. Por eso, este subprograma no parece ser apropiado para todos los enfermos esquizofrénicos, ya que por ejemplo en algunos enfermos, una sobrecarga

puede provocar la aparición de sintomatología fácilmente. De todos modos, la aplicación se recomienda solamente en grupos terapéuticos con alta cohesión grupal y confianza adecuada.

Al respecto, se distingue entre los siguientes pasos terapéuticos:

El comienzo representa la identificación de un dominio problemático. La selección de los problemas a tratar se realiza de acuerdo a criterios pragmáticos tales como urgencia o probabilidad de solución. El próximo paso es la elaboración cognitiva de problemas. Por ejemplo se divide el problema en dominios parciales apreciables y solucionables. Sigue una elaboración y discusión sobre soluciones alternativas que termina con la decisión de una solución propuesta. Por medio de role playing, la solución propuesta puede ser practicada en la sesión terapéutica con el propósito de que el paciente se familiarice con dicha solución para emplearla en la vida diaria, lo que se le "prescribe" en forma de un ejercicio para casa ("tarea"). En la próxima sesión terapéutica, el paciente informa sobre el éxito o el fracaso de la realización. Al mismo tiempo, se refuerza cualquier intento de un comportamiento cognitivo de resolución de problema.

► Indicaciones y posibles aplicaciones del IPT

Inicialmente, el IPT fue desarrollado para pacientes con hospitalizaciones más extensas. A base de estudios empíricos y una amplia experiencia clínica, el programa ha sido modificado y adaptado a diversos grupos de pacientes y la actual aplicación da buenos resultados también en pacientes ambulatorios o parcialmente compensados. Pacientes más jóvenes, ambulatorios o parcialmente compensados principalmente sacan más provecho con los dos últimos subprogramas ("Habilidades Sociales" y "Resolución de Problemas Interpersonales").

La aplicación de los cinco subprogramas en total, no debería realizarse en forma esquemática, sino a través de un análisis del problema y del comportamiento. Para una indicación diferencial vea los criterios resumidos en la tabla I.

En pacientes esquizofrénicos, la creación de un grupo requiere de una atención especial. Un grupo debería ser homogéneo en cuanto a la inteligencia, la

capacidad de aprendizaje y las alteraciones del procesamiento de información. En cambio es una ventaja organizar el grupo en forma heterogénea en cuanto a la edad y el sexo. Al grupo terapéutico solamente ingresan pacientes con el diagnóstico principal de esquizofrenia, ya que la sucesión y el contenido de los subprogramas y el procedimiento de los terapeutas fue elaborado especialmente para pacientes esquizofrénicos. Los pacientes deben ser capaces de participar en un grupo, de expresarse verbalmente y no deben ostentar una marcada sintomatología positiva.

► Los terapeutas

Tab. 1
Planteamiento de las indicaciones
para la realización del IPT

1. Terapia cognitiva

(Diferenciación cognitiva; Percepción social; Comunicación verbal, 1ª parte)

- pronunciados trastornos cognitivos
- grandes temores sociales
- sintomatología más bien negativa
- escasa motivación para la terapia
- larga duración de la hospitalización

2. Terapia de competencia social

(Comunicación verbal, 2ª parte; Habilidades sociales; Resolución de problemas interpersonales)

- insuficientes habilidades de coping en situaciones sociales
- hospitalizaciones más cortas que se repiten
- más bien jóvenes
- motivados para la terapia

ADICIONALMENTE:

- pacientes que han terminado con éxito la terapia cognitiva

Evaluación y asignación de:

- análisis de problemas
- tests, ratings

Los terapeutas del IPT deberían tener un conocimiento fundado en las siguientes áreas: primero deben conocer la metodología terapéutica (didáctica) estructurada de los cinco subprogramas; segundo, necesitan conocimientos de los procesos grupales y de la dinámica grupal. El conocimiento de la metodología terapéutica estructurada es fundamental en los primeros subprogramas. En los subprogramas siguientes, el conocimiento de los procesos grupales y

de la dinámica grupal adquieren cada vez más importancia.

► Estudios empíricos

Concerniente al IPT, los diferentes e independientes estudios de evaluación con pacientes esquizofrénicos de media hasta grave cronicidad muestran efectos terapéuticos significativos, principalmente en procesos cognitivos elementales. No obstante, los resultados varían en cuanto a cambios producidos en la conducta social y en el ámbito psicopatológico (Brenner et al. 1987, 1992). En los últimos años, se realizaron estudios terapéuticos suplementarios para presentar y discutir las ventajas del rendimiento que tienen intervenciones de orientación cognitiva frente a grupos de control. El objeto de estos estudios fue el perfil exacto de los efectos de la terapia cognitiva, las (inter-) acciones específicas de los componentes terapéuticos cognitivos y sociales, la estabilidad de efectos terapéuticos y la indicación de procedimientos terapéuticos cognitivos. Se demostró que intervenciones puramente cognitivas tienen poca influencia directa en el mejoramiento de la competencia social. Además, la generalización y la transferencia de los efectos terapéuticos más allá del marco terapéutico no dieron resultados satisfactorios, es decir, no se pudo comprobar el supuesto de una influencia pervasiva directa de las funciones cognitivas en el nivel conductual. Además, los círculos viciosos entre alteraciones cognitivas y sociales parecen ser reforzados más aún por medio de cargas afectivas (al respecto compárese también la discusión resumida en Hodel y Brenner 1994).

145

► Desarrollo ulterior del IPT

A base de estos resultados, el IPT fue perfeccionado durante los últimos años en dos direcciones: Un primer enfoque terapéutico describe la superación óptima de emociones maladaptativas (Hodel 1989). Partiendo del supuesto que las habilidades sociales pueden ser mejoradas al máximo por medio de ofertas terapéuticas específicas con temáticas que motivan a los pacientes, desarrollamos como segundo enfoque, programas terapéuticos orientados a la terapia cognitiva-conductual para la rehabilitación en las

áreas de vivienda, trabajo y tiempo libre. Existen amplios manuales terapéuticos al respecto (Roder et al. 1995b). Al igual que con el IPT, después de una verificación empírica, estos dos enfoques terapéuticos nuevos son utilizados para el tratamiento estándar de pacientes esquizofrénicos.

► Bibliografía

Bellack AS, Mueser, KT (1993) Psychosocial treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 317-336

Brenner HD (1986) Zur Bedeutung von Basisstörungen für Behandlung und Rehabilitation. In: Böker W, Brenner HD (Hrsg) *Bewältigung der Schizophrenie*. Huber, Bern

Brenner HD, Hodel B, Kube G, Roder V (1987) Kognitive Therapie bei Schizophrenen: Problemanalyse und empirische Ergebnisse. *Nervenarzt*, 58, 72-83

Brenner HD, Hodel B, Roder V, Corrigan P (1992) Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 21-26

Hodel B (1989) Die Weiterentwicklung des Integrierten Psychologischen Therapieprogramms (IPT): Emotionsbezogene Interventionen Unveröffentlichtes Arbeitspapier. Psychiatrische Universitätsklinik Bern

Hodel B, Brenner HD (1994) Cognitive therapy with schizophrenic patients: conceptual basis, present state, future directions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 108-115

Nuechterlein KH, Dawson ME, Ventura J, Gitlin M, Subotnik KL, Snyder KS, Mintz J, Bartzokis G

(1994) The vulnerability / stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 58-64

Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Hodel B (1988) Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT). Beltz, Weinheim

Roder V, Eckmann TA, Brenner HD, Kienzle N, Liberman RP (1990) Behavior therapy. In: Herz MI, Kelth SJ, Docherty JP (eds.) *Handbook of schizophrenia*, Vol. 4, Psychosocial treatment of schizophrenia. Elsevier Science Publishers, Amsterdam, 107 - 137

Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Hodel B (1991) Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT). 2. überarbeitete und ergänzte Auflage. Beltz, Weinheim

Roder V (1995) Cognitive remediation of schizophrenia. *Schizophrenia Review*, 3, 1, 21

Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Hodel B (1995a) Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT). 3. korrigierte Auflage. Beltz, Weinheim

Roder V, Jenull B, Brenner HD, Heimberg D, Hirsbrunner A, (1995b) Kognitive Verhaltenstherapie mit schizophren Erkrankten im Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich: Erste Ergebnisse. *Verhaltenstherapie*, 5, 68-80

Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Hodel B (1996) Programa Terapéutico Psicológico Integrado (IPT) para pacientes esquizofrénicos. Editora] Ariel, Barcelona (en preparación)

Zubin J, Spring BJ (1977) Vulnerability - A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126

Problemática residencial y servicios residenciales y de alojamiento comunitario con enfermos mentales crónicos

Abelardo Rodríguez González.

Este capítulo está basado y adaptado de un trabajo publicado en **Intervención Psicosocial**, 1992, vol.1, N°2, Págs 15-29, con el título “ Alternativas residenciales Comunitarias para Personas con enfermedades Mentales Crónicas”

1 ► Introducción

La atención a las personas con enfermedades mentales graves y crónicas ha variado y se ha transformado profundamente en las últimas décadas.

Gracias al desarrollo de los procesos de Reforma psiquiátrica se han podido superar los tiempos en los que la institucionalización, con sus inevitables consecuencias de cronificación, deshumanización y marginación social, era la principal y casi única respuesta ante las problemáticas psiquiátricas y sociales de los enfermos mentales. Así en la actualidad se ha consolidado un nuevo modelo de atención en salud mental basado en la comunidad.

Este colectivo se caracteriza no solo por sufrir trastornos psiquiátricos severos (esquizofrenia, trastornos maníaco-depresivos, trastornos depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, etc.) sino también por presentar discapacidades y déficits en su funcionamiento psicosocial (autocuidado, rela-

ciones sociales, ocio, relaciones familiares, trabajo, etc.) que dificultan su desempeño social autónomo en la comunidad y pueden conducir a situaciones de desventaja social (desempleo, pobreza, aislamiento social, rechazo y estigmatización) sin olvidar los problemas de tensión y sobrecarga que pueden sufrir las familias que conviven con dichas personas.

Así pues, las necesidades y problemáticas de estas personas son múltiples y complejas, desbordando en muchos casos la esfera de lo sanitario-psiquiátrico para expresarse fundamentalmente en dimensiones psicosociales y sociales.

Por ello, la atención comunitaria a este colectivo exige, y este es su principal reto, organizar y articular un sistema, una red integral y coordinada de servicios y programas que cubran sus diferentes necesidades (atención psiquiátrica, atención en crisis, rehabilitación psicosocial y laboral, alojamiento y atención residencial, apoyo a las familias, apoyo económico, promoción de su inserción laboral, etc.) y posibilite su rehabilitación e integración efectiva en la comunidad de un modo lo más autónomo y normalizado posible (Lieberman, 1988).

Un elemento destacado dentro de este sistema de atención comunitaria son los **servicios residenciales comunitarios**. Contar con un adecuado abanico de alternativas de alojamiento y soporte residencial cons-

tituye un requisito esencial para posibilitar el mantenimiento e integración de muchos enfermos mentales crónicos.

En este capítulo planteamos un acercamiento a la compleja cuestión de las alternativas y servicios residenciales comunitarios para las personas con enfermedades psiquiátricas crónicas.

Repasaremos su importancia e implicaciones, introduciremos algunos de los principales desarrollos en este ámbito y las nuevas perspectivas surgidas en los últimos años, y expondremos sintéticamente la experiencia de las alternativas residenciales comunitarias que se están poniendo en marcha desde la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid a través del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica.

2 ► Problemática de alojamiento

y apoyo residencial:

Dificultades y consecuencias

148

Disponer de una vivienda digna y estable constituye una necesidad básica y esencial de cualquier ciudadano, incluidos aquellos con discapacidades psiquiátricas.

Sin contar con un apropiado rango de opciones de alojamiento y servicios residenciales en la comunidad, muchos de los esfuerzos de rehabilitación e integración de personas enfermas mentales crónicas pueden verse seriamente limitados y obstaculizados.

Es por ello, que la articulación de un sistema de servicios comunitarios que pretenda atender e integrar de un modo lo más normalizado a dichas personas, debe priorizar y organizar una adecuada cobertura de sus necesidades de alojamiento y atención residencial (Stroul, 1989).

Muchos enfermos mentales crónicos tienen dificultades para atender autónomamente a sus necesidades de alojamiento, y para acceder y mantenerse en una vivienda digna y adecuada a sus necesidades y deseos. En esta circunstancia influyen diferentes factores (Carling y Ridgway, 1985):

- Las discapacidades y deterioro de habilidades asociado o generado por el trastorno psiquiátrico, interfiere y dificulta el proceso necesario de búsqueda, acceso y mantenimiento en una opción de

alojamiento o vivienda ajustada a sus deseos y necesidades.

- Los insuficientes y limitados esfuerzos de los sistemas de servicios de salud mental y servicios sociales para ofrecer el entrenamiento y apoyo que muchos enfermos mentales crónicos necesitan para acceder y mantenerse en una vivienda adecuada.

- La discriminación y el estigma asociado a la enfermedad mental constituyen también barreras sociales que dificultan y limitan las opciones de alojamiento disponibles para estas personas.

- Los insuficientes ingresos económicos de gran parte de estas personas y la situación de pobreza de algunos de ellos, constituye otra barrera importante, que además se agudiza con la escasez de viviendas disponibles.

A todos estos factores hay que añadir otro elemento esencial que se relaciona con la insuficiente y limitada provisión de servicios residenciales comunitarios ajustados a las diferentes necesidades y características de los enfermos mentales crónicos. De hecho, las dificultades de estas personas para cubrir sus necesidades de alojamiento junto con la inadecuada e insuficiente organización de servicios residenciales comunitarios, contribuyen a generar un conjunto de consecuencias negativas de cara a la atención e integración sociocomunitaria de esta población (Carling y Ridgway, 1989):

- Uso inapropiado de la atención hospitalaria.

La falta de un lugar apropiado donde residir se asocia en ocasiones con las admisiones hospitalarias así como en otros casos supone un importante obstáculo que obliga a mantener estancias hospitalarias innecesarias por razones terapéuticas de pacientes mentales que no cuentan en la comunidad con una alternativa residencial adecuada.

- **Incremento de reingresos hospitalarios (fenómeno de la puerta giratoria).** Un alto porcentaje de reingresos hospitalarios de corta duración está relacionado con la consecuencia de un adecuado soporte residencial social, lo que limita la eficacia de las intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras.

- **Sobrecarga familiar.** La insuficiencia de adecuadas alternativas residenciales y sistema de soporte comunitario supone que recaiga en muchos casos la responsabilidad del cuidado y apoyo sobre las familias, generando situaciones de sobrecarga y tensión (Hatfield y Lefley, 1987).

- **Incremento del porcentaje de enfermos mentales en situación de marginación sin techo (Homelessness).** Especialmente preocupante en las grandes ciudades de Estados Unidos, en donde se estima que entre un 25% y un 50% de las personas sin hogar presentan problemas graves de salud mental (Lamb, 1984). (incluir datos de Madrid y citar en la bibliografía). En este fenómeno influyen numerosos factores y entre ellos la inadecuada cobertura de las necesidades de alojamiento y soporte.

- **Dificultades de integración comunitaria.** Algunos enfermos mentales terminan viviendo en alojamientos marginales lo que dificulta un adecuado proceso de integración comunitaria y propicia fenómenos de marginación y deterioro.

Estas conforman algunas de las principales consecuencias en las que influye la inadecuada cobertura de las necesidades de atención residencial y soporte comunitario. Se podrían añadir otras, pero queda ya claramente destacada la importancia de esta cuestión para el logro de una efectiva integración comunitaria de esta población.

3 ► Servicios residenciales comunitarios. Aproximación a los principales modelos de organización: "El Continuum Residencial" y la nueva aproximación del "Supported Housing"

Aunque la organización de servicios residenciales comunitarios para enfermos mentales crónicos tiene precedentes anteriores, es a partir de los años 50 cuando se produce el contexto que propicia el desarrollo y fuerte crecimiento del ámbito de los servicios residenciales comunitarios (Budson, 1981).

A partir de la década de los años 50, se inició especialmente en Estados Unidos e Inglaterra, un fuerte movimiento de crítica y cuestionamiento de la atención psiquiátrica centrada en el hospital psiquiátrico y en la institucionalización por sus importantes consecuencias de cronificación, marginación y deterioro. Ello, con la conjunción de otros factores: descubrimiento de los fármacos neurolépticos, introducción de nuevos métodos terapéuticos, influencias ideológicas y exigencias sociales, fueron generando el caldo de cultivo, el contexto para la transformación de

la asistencia psiquiátrica y para el desarrollo de nuevos modelos de atención en salud mental de tipo comunitario (Caton, 1984).

El consiguiente desarrollo de políticas de reforma psiquiátrica y desinstitucionalización de los pacientes crónicos internados durante largos períodos en los hospitales psiquiátricos, hizo necesario articular dispositivos residenciales que facilitaran la salida, la transición desde el hospital a la comunidad.

Así, en los años, 60, intentando cubrir esta necesidad surgieron dispositivos del tipo "Halfway House" (Casa de Transición), orientados como servicios específicos de corta y media estancia, para ofrecer un contexto de preparación intensiva que permitiera la transición entre el hospital y la vida en la comunidad (Budson, 1978).

Más adelante, se va produciendo una expansión en la tipología de servicios residenciales comunitarios intentando cubrir las limitaciones del modelo de "Halfway House" como casi único recurso entre el hospital y la vida independiente en la comunidad. Muchos enfermos mentales se mostraban incapaces de mantenerse autónomamente en el entorno comunitario y exigían nuevos dispositivos de alojamiento y soporte. Se fue haciendo evidente el reconocimiento de que los enfermos mentales crónicos presentan niveles de discapacidad psicosocial muy diferentes y requieren por tanto diferentes grados de atención y soporte para su reinserción y mantenimiento comunitario.

Va surgiendo así un cierto consenso en torno a la necesidad de contar con una gama de servicios residenciales adaptados a las diferentes necesidades de supervisión y soporte y sus distintos niveles de funcionamiento psicosocial.

3.1. El Modelo del "Continuum Residencial": Características, tipología y limitaciones.

Aparece así el concepto de "Continuum Residencial" (Carling y Ridgway, 1985) como premisa que subyace en la planificación y organización de servicios residenciales para enfermos mentales crónicos. Se trataría de ir articulando una especie de escalera de recursos intermedios entre el hospital y la comunidad que fueran ofreciendo respuesta a sus diferentes necesidades y niveles de funcionamiento y les prepararan progresivamente para ir avanzando en

su autonomía e independencia a través de los diferentes recursos hasta lograr su plena inserción comunitaria.

Este “continuum residencial” se estructuraría en torno a varias dimensiones:

- De dispositivos más restrictivos a menos restrictivos.
- De atención y supervisión más intensa y constante a menos intensa y más esporádica.
- De mayor dependencia y discapacidad del usuario a menor dependencia y mayor autonomía.
- De mayor a menor presencia de personal técnico y especializado.
- De dispositivos más especializados a menos especializados y más normalizados.

El “continuum residencial” se ha convertido en el marco conceptual dominante en el campo de los servicios residenciales. Simplificando, supondría un conjunto de elementos (servicios o dispositivos) que se estructurarían linealmente a lo largo de un continuo, para proporcionar diferentes niveles de atención y supervisión y diferentes niveles de restrictividad. El paciente o usuario iría progresando a lo largo del continuo pasando desde dispositivos más restrictivos y con mayor supervisión de personal especializado a alternativas menos restrictivas y menos supervisadas.

Cada paciente sería ubicado en alguno de los elementos o dispositivos en función de su nivel de funcionamiento y de sus necesidades de supervisión. En general cada uno de los dispositivos serviría para atender a grupos de pacientes con un grado similar de discapacidad y necesidad de atención. A medida que fueran mejorando su nivel de habilidades y decreciendo las necesidades de supervisión, irían pasando a otros dispositivos. Si se produjera una crisis o exacerbación de su trastorno psiquiátrico o bien declinara su nivel de funcionamiento, podrían retornar a los recursos específicos que ofrecieran una intervención más intensa.

El paso final del continuo sería cuando el usuario adquiere un nivel de funcionamiento que le permite llevar una vida independiente fuera del sistema de atención de salud mental o con pequeños o escasos apoyos (Ridgway y Zippel, 1990).

Aunque en el campo de los servicios residenciales el “continuum residencial” ha sido la referencia dominante, no se ha elaborado teóricamente de un modo fundamentado ni se ha definido, organizado y probado cual es el conjunto de recursos y dispositivos

residenciales específicos que conforman una tipología ideal y completa. De hecho, especialmente en Estados Unidos, se ha producido una proliferación confusa e incompleta de servicios residenciales para enfermos mentales sin una clara planificación ni coherencia (Arce y Vergara, 1985). Se han desarrollado numerosos dispositivos con diferentes denominaciones que han impedido alcanzar una nomenclatura común para identificar claramente los diferentes servicios.

En una encuesta realizada en los 50 Estados de USA por la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 1982) llegó a recoger más de 100 etiquetas o denominaciones diferentes para servicios residenciales.

En muchos casos se denominaban de un modo diferente, servicios de características y funciones similares y se incluían dentro del mismo término a servicios distintos entre sí.

Esto es una muestra de la falta de criterios uniformes y estándares consensuados respecto a la composición y organización de lo que debería ser una red comprensiva de servicios residenciales comunitarios para enfermos mentales crónicos.

La Asociación Americana de Psiquiatría (1982) basándose en la encuesta citada, estableció una tipología de 6 grandes grupos de dispositivos residenciales articulados progresivamente desde más restrictivos y supervisados a menos restrictivos y menos supervisados. Dentro de cada grupo se incluyen dispositivos con denominaciones diferentes pero que se agrupan en la misma categoría de acuerdo a elementos comunes en cuanto a funciones y organización, lo que ejemplifica los problemas que citábamos de falta de anteriores informes en la definición, funcionamiento y nomenclatura o denominación.

Dicha tipología incluía los siguientes tipos de servicios residenciales (cuya denominación indicaremos con los términos originales del inglés, dada la imposibilidad de ofrecer traducciones adaptadas por la ausencia de términos propios de servicios residenciales que sean homólogos. En los casos que existan referentes en castellano idóneos, se indicarán):

1. Nursing Facility.
2. Group Home.
3. Personal Care Home.
4. Foster Home (hogares sustitutos, familias sustitutas).
5. Satellite Housing (pisos supervisados, pisos protegidos).

6. Natural Family Placement (reinserción familia propia).

1. Nursing Facility

Se trataría de dispositivos a caballo entre un hospital y una residencia. Proporcionan atención médica y de enfermería durante 24 horas al día. Sirven a pacientes que no requieren una hospitalización para atención aguda pero que presentan gran deterioro y discapacidad necesitando una supervisión constante. Podrían asimilarse en nuestro contexto a las Residencias Asistidas existentes sobre todo para ancianos inválidos o minusválidos gravemente afectados. La duración de la estancia es variable, aunque en general de larga duración.

2. Group Homes

Esta categoría abarca una variedad de dispositivos como halfways house, hostels, group care homes, residential homes, transitional care facilities, etc.,

En general, se trata de servicios residenciales que proporcionan atención continuada de 24 horas a grupos de pacientes, entre 10 y 20, que conviven con un equipo de apoyo y supervisión cuyo principal programa de trabajo se centra en el entrenamiento de habilidades y recuperación de autonomía dentro de procesos de rehabilitación psicosocial.

La duración de la estancia es variable, aunque predomina la estancia transitoria dadas sus funciones de rehabilitación.

3. Personal Care Homes

Esta categoría incluye una variedad confusa y heterogénea de dispositivos: boards and care homes, boarding home, congregate care facility, community care home.

Se suelen caracterizar, a pesar de su heterogeneidad, por tratarse de residencias de tamaño variable de 4 a 100 en algunos casos, cuya principal función es la de mantenimiento del nivel de funcionamiento de los residentes y soporte.

Suelen estar dirigidos por propietarios ajenos a los residentes y que no dependen directamente del sistema de salud mental. Proporcionan atención y supervisión de 24 horas a través de un equipo que ofrece sobre todo apoyo para tareas básicas de autocuidado, actividades de la vida diaria y seguimiento de la medicación prescrita.

4. Foster Home

Más que de un dispositivo específico, se trata de programas residenciales articulados a través de familias sustitutas que acogen a pacientes mentales no relacionados con la familia.

El objetivo fundamental es facilitar la integración y mantenimiento normalizado a la comunidad a través de un contrato de convivencia y soporte socioafectivo familiar.

Pueden servir tanto para acogimientos temporales como para alojamiento estable y continuado.

5. Satellite Housing

Se refiere fundamentalmente a dispositivos de alojamiento y soporte para la vida semi-independiente, se organizan sobre todo a través de pisos o apartamentos normales compartidos entre varios enfermos mentales crónicos, de 2 a 4. Reciben supervisión para apoyar el funcionamiento cotidiano y la convivencia. Esta supervisión puede ser variada desde personal que vive en el piso a supervisión externa más o menos intensa. En general, funcionan como alternativas de alojamiento estable.

6. Natural Family Placement

Se refiere a la reinserción del enfermo mental en su familia, por tanto no puede ser considerado un dispositivo residencial específico, aunque de hecho funciona como uno de los principales recursos para el cuidado y mantenimiento comunitario de muchos pacientes crónicos. La familia debe contar con apoyo, asesoramiento y soporte.

Esta tipología representa más una clasificación de un situación de hecho que una tipología teórica del abanico ideal de servicios residenciales adecuados y escalonados según diferentes funciones y nivel de supervisión. La realidad de la planificación de dispositivos residenciales ha sido diferente en cada comunidad sin ajustarse a modelos o parámetros uniformes. Ahora bien, a pesar de su variabilidad en la práctica, es evidente que en mayor o menor medida la lógica del "continuum residencial" ha operado como referente dominante.

En los últimos años se han destacado varios problemas o limitaciones en la lógica y en la práctica con el concepto de "continuum residencial" (Ver Carling y Ridway, 1985):

- Tensión, estrés y desarraigo entre los usuarios al tener que pasar de un recurso más supervisado a otro menos supervisado a medida que

mejoran sus capacidades y nivel de funcionamiento.

- Estandarización de la atención en cada recurso en función de características prototípicas de grupos de pacientes y dificultad para ajustarse a las necesidades y circunstancias individuales de los residentes.

- Rigidez en la duración de las estancias en algunos servicios, lo que provoca el fracaso de muchos residentes para avanzar según ritmos estandarizados y predeterminados.

- Problemas para la generalización de las habilidades aprendidas en un recurso al pasar a otros servicios o a la vida independiente en la comunidad.

- Disminución del nivel de apoyo a medida que el usuario o residente mejora su nivel de funcionamiento y pasa a servicios menos supervisados, más normalizados en los que tiene que enfrentarse a demandas y situaciones más exigentes. Esto hace que se generen fracasos en muchos residentes al verse sobrepasados por las exigencias de un entorno normalizado y, por tanto, demandante y no contar con un adecuado nivel de apoyo. Mayor autonomía no va ligada necesariamente a menor apoyo. Es necesario facilitar que los enfermos mentales crónicos vivan del modo más autónomo y normalizado posible, pero para ello es preciso ofrecerle el apoyo pertinente que facilite esa autonomía y les permita enfrentarse y manejar las demandas y exigencias del contexto.

- En muchas ocasiones, se ha priorizado el desarrollo de recursos transitorios o preparatorios pero se ha descuidado el eslabón final, es decir, opciones de alojamiento estable y normalizadas en la comunidad, lo que en cierto modo genera una suerte de puerta giratoria entre los recursos o un bloqueo de los mismos al faltar dichas alternativas.

- Asimismo se ha priorizado el desarrollo de dispositivos residenciales específicos para enfermos mentales crónicos y no se han potenciado otras fórmulas de apoyo y soporte que permitan a parte de los enfermos mentales, acceder, funcionar y mantenerse en viviendas normales de la comunidad como cualquier otro ciudadano.

Todas estas limitaciones o críticas a los modelos de organización de servicios residenciales basado en

la lógica del “continuum residencial” han propiciado la aparición de nuevas perspectivas en la concepción y articulación de la atención a las necesidades residenciales de la población con discapacidades psiquiátricas, concentradas principalmente en la aproximación denominada como “**Supported Housing**” o también “**Normal Housing with Specialized Supports**” (Blanch, Carling y Ridgway, 1988) y que podríamos traducir como “**Vivienda normal con apoyos especializados o específicos**”.

3.2. La Aproximación del “Supported Housing” (Vivienda Normal con Apoyos): Principales características.

Más que un modelo alternativo al del “continuum residencial”, que proponga nuevas tipologías de servicios o dispositivos específicos para grupos prototípicos de pacientes, lo que desarrolla es una nueva filosofía, un nuevo planteamiento en el ámbito de la atención residencial que enfatiza la necesidad de equilibrar estrategias basadas en dispositivos residenciales específicos con estrategias que ayuden a las personas con discapacidades psiquiátricas a elegir, acceder y mantenerse en viviendas normales similares al resto de los ciudadanos.

En esta aproximación han influido decisivamente diversos desarrollos ideológicos, teóricos y metodológicos: la filosofía de normalización (Wolfensberger, 1979), el concepto de Sistema de Soporte Comunitario (Turner y Tenhoo, 1978, Stroul, 1988) y la filosofía y metodología de la Rehabilitación Psicosocial (Anthony 1979, Anthony, Cohen y Farkas, 1990).

Sintéticamente, trata de promover estrategias de acción individualizadas basadas en las siguientes premisas (véase Carling y Ridgway, 1985, Ridgway y Zipple, 1990, Blanch, Carling y Ridgway, 1988):

- Los enfermos mentales crónicos, como el resto de los ciudadanos, necesitan un hogar, y deben tener el derecho y la oportunidad de vivir en una vivienda normal y estable que maximice sus posibilidades de integración y participación comunitaria.

- Se debe promover y facilitar su participación en la elección del ambiente en el que desean vivir entre las opciones de alojamiento y vivienda disponibles.

- Los dispositivos residenciales especializados, sólo se deben utilizar en aquellos casos en los que la utilización de viviendas normales con apoyo, es inadecuada o inapropiada.

- Se debe articular un programa individualizado de entrenamiento de habilidades y acciones de apoyo que permitan elegir, acceder y mantenerse en la opción de alojamiento o vivienda elegida por el usuario de entre las normales disponibles en la comunidad.

- Se deben articular sistemas de apoyo y soporte ágiles, flexibles y continuados que ayuden al cliente o usuario a desenvolverse y mantenerse con la mayor autonomía posible en el ambiente de vivienda y convivencia normalizado.

Siguiendo a Ridgway y Zippel (1990) podríamos caracterizar esta aproximación del "supported housing" respecto al marco del "continuum residencial" en torno a los siguientes elementos o conceptos diferenciales:

- Énfasis en la oportunidad de un hogar, una casa o vivienda normal y estable frente al énfasis en dispositivos residenciales específicos.

- Oportunidad de elección y participación, versus el ingreso predeterminado.

- Promoción de roles comunitarios en ambientes normales versus el rol del paciente o beneficiario de un servicio residencial.

- Mayor posibilidad de participación y control por parte de usuarios frente al control unilateral desde los staff o equipos de los dispositivos especializados.

- Integración social normalizada versus agrupamiento por etiquetas psiquiátricas o por discapacidades.

- Entrenamiento "en vivo" de las habilidades psicosociales necesarias en alternativas de alojamiento estables y lo más normales posibles, frente a dispositivos preparatorios o de transición.

- Flexibilidad e individualización en el apoyo y los servicios de soporte (continuado) versus niveles estandarizados y predeterminados de atención.

- Concepto de ambiente más facilitador versus concepto de ambiente menos restrictivo, así como promoción del mejor funcionamiento a través de los apoyos precisos versus énfasis en la independencia sin acompañarla del apoyo flexible e individualizado que un enfermo mental

necesita para manejarse con éxito en la comunidad.

La aproximación del "Supported Housing" ha abierto un interesante debate respecto a la atención, a las necesidades de alojamiento y soporte para los enfermos mentales crónicos, y ha apostado por nuevas perspectivas en la organización de servicios residenciales presentando como principal estrategia facilitar el acceso y mantenimiento en viviendas normales con un sistema de apoyo flexible y continuado. Asimismo, ha servido como referente crítico, destacando las limitaciones e inadecuación de algunos de los criterios que operan en el "continuum residencial" y que resultan en la práctica inapropiados respecto a las necesidades y problemáticas de esta población.

Reiterando las virtualidades que aporta, es preciso indicar que no es una panacea ni una perspectiva que sirva para resolver las necesidades residenciales de todas las personas con discapacidades psiquiátricas. Es especialmente relevante para aquellos con niveles medios o bajos de discapacidad. Para éstos, la alternativa de preferencia debe ser siempre favorecer su elección y su mantenimiento en alojamientos o viviendas normales ofreciéndoles el entrenamiento y apoyo flexible que diferencialmente vayan necesitando.

Sin embargo, ello no excluye la necesidad de contar con un abanico de dispositivos o servicios residenciales específicos que ofrezcan una adecuada atención a aquellos con mayores niveles de deterioro y discapacidad, o que permitan una intervención intensiva con aquellos que por diversas razones (patrones de comportamiento asociales o agresivos, prevención de crisis, estilos de vida de riesgo, no adherencia o refractariedad al tratamiento, etc.) requieran un proceso de atención y supervisión que no pueda o no sea conveniente desarrollar en el contexto de alojamientos o viviendas normales.

Como indica Fields (1990), la perspectiva del "supported housing" y los servicios residenciales específicos no son modelos o estrategias que deban ser entendidas como excluyentes o competitivas sino como complementos necesarios dentro de un sistema de atención comunitaria comprensivo para la población enferma mental crónica cuyas necesidades son múltiples y variadas y, por tanto, exigen alternativas y opciones que se ajusten a su complejidad y heterogeneidad.

4 ➤ El programa de servicios sociales alternativos a la institucionalización psiquiátrica: Planteamiento y desarrollo de Alternativas Residenciales Comunitarias

En la Comunidad de Madrid, desde 1984 se ha desarrollado un proceso de Reforma Psiquiátrica (Prieto, 1986) que ha transformado la organización de la atención a la salud mental.

El Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid ha logrado la efectiva implantación y consolidación de un modelo de atención comunitario en salud mental, a través del desarrollo de Servicios de Salud Mental en todos los distritos sanitarios (34 en total), la progresiva organización de Unidades de Hospitalización en diferentes hospitales generales, así como el desarrollo de otros recursos intermedios como Hospitales de Día, Casa de Transición, etc.

154 Asimismo, se han transformado los dos hospitales psiquiátricos existentes en la Comunidad, potenciando sus actividades rehabilitadoras, reduciendo sus camas de larga estancia y organizando paulatinamente un proceso de desinstitucionalización y reinserción comunitaria de parte de los pacientes crónicos de larga estancia.

El adecuado desarrollo del proceso de reforma psiquiátrica y la organización de una efectiva atención comunitaria a la población enferma mental crónica, exige la implicación y la colaboración de los servicios tanto para cubrir las necesidades y problemáticas específicas de tipo psicosocial y social como para posibilitar su efectiva integración normalizada en la comunidad. En esta línea, la entonces Consejería de Integración Social (actual Consejería de Sanidad y Servicios Sociales desde Junio de 1995), como responsable del sistema de servicios sociales en la Comunidad de Madrid, ha asumido dicha exigencia para lo cual está desarrollando el Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica (Consejería de Integración Social 1988)-el Programa en adelante.

Dicho Programa se inscribe en el nivel de atención de servicios sociales especializados. Su principal misión es posibilitar la reinserción y/o integración social de las personas con enfermedades men-

tales crónicas, favoreciendo que puedan vivir y mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones de vida lo más autónomas y normalizadas posibles.

Los ámbitos de necesidad en los que el Programa prioriza su atención son los siguientes:

- Rehabilitación psicosocial (mejora de la autonomía personal y social) y apoyo a la integración social.
- Rehabilitación vocacional-laboral y promoción de la inserción en el mundo laboral.
- Atención residencia comunitaria.
- Apoyo, asesoramiento y psicoeducación a las familias, así como promoción del asociacionismo entre familiares y enfermos mentales.

Se ha diseñado una red de recursos básicos del Programa a implementar en las diferentes áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid. Dichos recursos trabajan en estrecha coordinación y colaboración con los Servicios de Salud Mental que constituyen el único canal de derivación de usuarios a los diferentes recursos del Programa. Asimismo, sirven de apoyo y colaboran con los Servicios Sociales Generales.

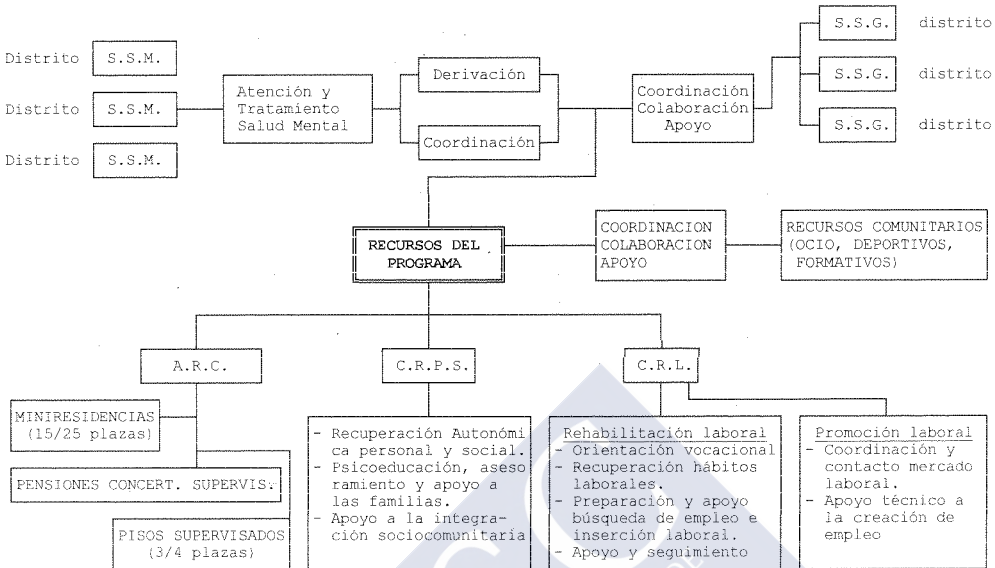
El abanico clásico de recursos del Programa incluye:

- Centros de Rehabilitación Psicosocial
- Centros de Rehabilitación Laboral.
- Alternativas Residenciales Comunitarias:
 - de los recursos del Programa.
 - * Mini-Residencias
 - * Pisos Supervisados
 - * Pensiones Concertadas Supervisadas.

En el siguiente cuadro se esquematiza la organización.

PROGRAMA DE SERVICIOS SOCIALES ALTERNATIVOS A LA INSTITUCIONALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

ESQUEMA RED DE RECURSOS ESPECÍFICOS SECTORIZACIÓN: ÁREA SANITARIA



S.S.M.: Servicio Salud Mental; S.S.G.: Servicios Sociales Generales; A.R.C.: Alternativas Residenciales Comunitarias; C.R.P.S.: Centro Rehabilitación Psicosocial; C.R.L.: Centro Rehabilitación Laboral.

En el ámbito de la atención residencial desde el Programa se han diseñado una serie de alternativas o recursos cuyas principales características son:

Miniresidencias (MR)

Una Mini-Residencia (MR) se concibe como un servicio residencial comunitario abierto y flexible con una capacidad de entre 20 y 30 plazas para enfermos mentales crónicos de ambos sexos.

Proporciona con carácter temporal (estancia corta o transitoria) o indefinido: alojamiento, manutención, cuidado y soporte, apoyo personal y social, rehabilitación y apoyo comunitario y en su caso orientación y apoyo a las familias. Independientemente de la duración de la estancia la MR trabaja siempre desde una perspectiva de rehabilitación enfocando su actuación hacia la mejora de la autonomía personal y social de los residentes y apoyando su normalización e integración comunitaria.

Los objetivos generales que guían el trabajo de la MR son:

- Asegurar la cobertura de las necesidades básicas de alojamiento, manutención y soporte.
- Favorecen la mejora de la autonomía personal o social de los usuarios de tal forma que les per-

mita un funcionamiento lo mas normalizado posible.

- Posibilitar el mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de dignidad y calidad de vida.
- Evitar situaciones de institucionalización y/o marginación.
- Favorecer la progresiva integración social de los usuarios residentes.

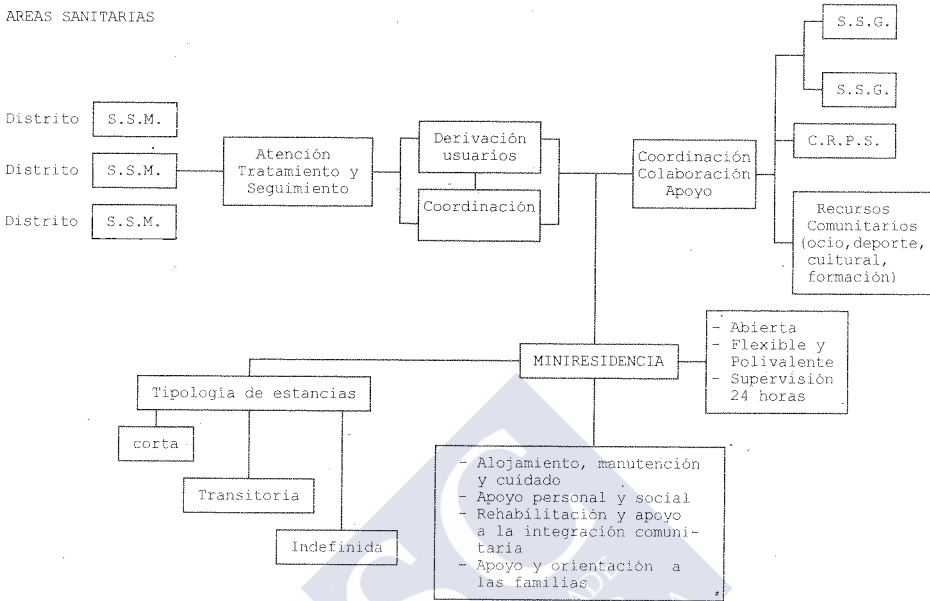
La MR cuenta con un equipo multiprofesional que asegura el cuidado, atención y rehabilitación con una supervisión de 24 horas. La atención médico-psiquiátrica y de salud mental es realizada por los servicios de salud mental de referencia de los usuarios o que han efectuado la derivación a la MR.

El funcionamiento de la MR se organiza y desarrolla en un ambiente lo más familiar y normalizado posible, propiciando la participación activa y la implicación de los usuarios en sus rutinas domésticas y en su organización interna.

La organización de la MR está planteada de un modo flexible y polivalente, capaz de ofrecer servicios residenciales de diferente tipo y duración de modo que pueda ajustarse a diferentes necesidades y objetivos planteados por la población enferma mental crónica.

MINIRESIDENCIA. Organigrama de funcionamiento

ÁREAS SANITARIAS



S.S.M.: S° S de Salud Mental, S.S.G.: S° S. Soc. Grales., C.R.P.S.: Centros de Rehab. Psico-social

156

Las necesidades residenciales de la población son variadas y van desde aquellos que por su nivel de deterioro psicosocial y falta de recursos de apoyo familiar o social requieren opciones residenciales más duraderas con el adecuado apoyo y supervisión, o aquellos que requieren un periodo transitorio de apoyo para su posterior reinserción familiar o su integración en opciones de alojamiento más independientes y hasta aquellos que viviendo con sus familias,

podrían necesitar una estancia temporal corta que permita aliviar la sobrecarga familiar existente o evitar situaciones de abandono por imposibilidad temporal de la familia para atenderles.

Con el propósito de cubrir estas diferentes necesidades se ha configurado el diseño de la MR con una estructura flexible y polivalente de las plazas, organizadas en tres tipologías de estancias cuyas funciones y objetivos sintetizamos en el siguiente cuadro:

TIPOLOGÍA	DURACIÓN	FUNCIONES	OBJETIVOS
ESTANCIA CORTA	Entre un fin de semana y un mes aproximadamente	• "Descanso" familiar • Atender urgencias familiares o sociales • Separación preventiva del ambiente familiar	• Aliviar la sobrecarga familiar • Ayudar al mantenimiento del crónico en el ambiente familiar • Evitar internamientos innecesarios y situaciones de abandono
ESTANCIA TRANSITORIA	De un mes a un año aproximadamente	Transición del hospital a la comunidad Preparación para la reinserción familiar Preparación para las opciones de vida y/o alojamiento más autónomos e independientes	• Facilitar y preparar procesos de reinserción social y familiar • Propiciar la adquisición de las habilidades necesarias para llevar una vida más independiente
ESTANCIA INDEFINIDA	Larga. Más de un año	Alternativa a la hospitalización prolongada Evitar situaciones de marginación social o abandono	• Mejorar el nivel de autonomía personal y social • Asegurar un nivel de calidad de vida digno.

Pisos Supervisados (P.S.):

Se organizan en pisos normales insertos en el entorno comunitario, en los que residen 3 o 4 personas con enfermedades mentales crónicas.

Se trata de ofrecer una alternativa flexible y lo más normalizada posible de alojamiento y soporte. Cuentan con un soporte y una supervisión flexible y continuada, ajustada a las diferentes necesidades de cada piso y de sus usuarios, a través de un equipo de monitores que ofrecerá apoyo a los usuarios, tanto en el funcionamiento doméstico y la convivencia cotidiana, como en su adaptación e integración en el entorno comunitario.

La selección y adecuación de los casos se hará a través de, y en coordinación con los Servicios de Salud Mental de referencia.

Los usuarios se ocuparán de la organización y desarrollo de las tareas domésticas (Compras, limpieza, preparación de comidas, etc.) contando con el apoyo necesario de los monitores.

Asimismo, en función de sus recursos económicos, los usuarios se harán cargo de los gastos de manutención, haciéndose responsable el Programa tanto de los gastos de alquiler y mantenimiento como del equipo de monitores de apoyo.

Pensiones Concertadas Supervisadas:

Consisten en plazas que se conciertan desde el Programa en pensiones de huéspedes normales. Permiten ofrecer un alojamiento digno y normalizado a personas enfermas mentales crónicas que contando con un buen nivel de autonomía, no disponen de recursos económicos ni de apoyo familiar, evitándose por tanto, procesos de marginación y deterioro.

Dichas plazas concertadas cuentan con una supervisión periódica desde los servicios de salud mental de referencia de los usuarios, con el apoyo de los Centros de Rehabilitación Psicosocial.

Estos son los tres tipos básicos de alternativas residenciales comunitarias que se están implementando desde el Programa.

Consideramos que dada su flexibilidad y polivalencia pueden servir para cubrir las necesidades residenciales de gran parte de los enfermos mentales crónicos. Aunque por supuesto no pretende constituir una tipología exhaustiva y completa. Desde el Programa se han planteado como los recursos resi-

denciales básicos y prioritarios a desarrollar.

Además será necesario ir respondiendo con recursos complementarios que sirvan a problemáticas muy específicas que se vayan detectando y para las que las anteriores alternativas no sean suficientes o idóneas. Así es necesario estudiar las necesidades planteadas por subgrupos de pacientes con problemáticas especiales que están empezando a emerger (jóvenes con problemas de enfermedad mental y consumo de drogas, enfermos mentales crónicos en situación de marginación sin hogar, etc.) y programar las acciones y alternativas complementarias de alojamiento y atención residencial más adecuadas.

En esta línea desde el Programa en colaboración con el Ayuntamiento de Madrid, se está desarrollando un proyecto de rehabilitación y reinserción social de enfermos mentales sin hogar, atendidos en contacto con el Centro de Acogida Municipal San Isidro. Este Proyecto tiene un carácter experimental y ha constituido una Iniciativa Innovadora dentro del III Programa Europeo de Lucha contra la Pobreza de la Comunidad Europea (1990-1994).

Asimismo, además del desarrollo de las citadas alternativas residenciales, los Centros de Rehabilitación Psicosocial, en coordinación y colaboración con los Servicios de Salud Mental, desarrollan un trabajo de rehabilitación y apoyo comunitario que está apoyando a enfermos mentales para mantenerse en su familia o en su propia vivienda del modo más autónomo y normalizado posible.

El Programa, ha puesto en marcha desde 1989 hasta el momento actual los siguientes recursos:

- 5 Centros de Rehabilitación Psicosocial (325 plazas).
- 1 Centro de Rehabilitación Laboral (40 plazas).
- 1 Miniresidencia (22 plazas).
- 1 Piso supervisado (3 plazas).
- 11 plazas concertadas en 3 Pensiones de Huéspedes.
- Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales sin Hogar:
- + Equipo de atención y rehabilitación en el Centro de Acogida Municipal San Isidro.
- + 4 pisos supervisados (18 plazas)

El desarrollo de los diferentes recursos del Programa es aún insuficiente y desigual para cubrir las necesidades específicas de rehabilitación y soporte social de la población enferma mental crónica de la Comunidad de Madrid. Por lo que es imprescindible

potenciar el crecimiento y desarrollo del Programa para posibilitar la efectiva integración comunitaria de dicha población; así como para ofrecer el adecuado apoyo y complemento desde los servicios sociales a los Servicios de salud Mental, que permita articular una red coordinada y comprensiva de atención comunitaria para el enfermo mental crónico y sus familias.

Especialmente, se considera prioritario desde el Programa potenciar el desarrollo de Alternativas Residenciales Comunitarias (Miniresidencias, Pisos Supervisados, Plazas concertadas en Pensiones). Su evidente y grave insuficiencia actual supone un importante obstáculo para avanzar de un modo efectivo en el proceso de rehabilitación e integración de muchos enfermos mentales crónicos.

5 ► A modo de conclusiones

158 Hemos repasado en este trabajo, la importancia que tiene la adecuada atención a las necesidades de alojamiento y apoyo residencial de las personas enfermas mentales crónicas en el marco de un sistema de atención comunitario que facilite su adecuado mantenimiento e integración en el entorno social en las mejores condiciones posibles de autonomía, normalización y calidad de vida.

La insuficiencia de una adecuada cobertura de estas necesidades esta suponiendo un importante obstáculo en el desarrollo de los procesos de atención, rehabilitación e integración de muchos enfermos mentales crónicos así como llevando a bastantes familias a situaciones de fuerte sobrecarga.

En el desarrollo de los Procesos de Reforma Psiquiátrica y la consiguiente implantación de un modelo de atención comunitaria, el tema de los servicios residenciales comunitarios ha estado poco atendido, en relación a su importancia para la adecuada consecución de los objetivos de la misma.

Desde los años 60, especialmente en USA, se ha ido produciendo un incremento en la creación de dispositivos residenciales intermedios para facilitar los procesos de desinstitucionalización y de atención comunitaria de la población enferma mental crónica.

El "continuum residencial" ha sido el modelo imperante en la organización de servicios residenciales, aunque en la realidad no ha habido una práctica coherente de desarrollo de recursos, sino una explosión confusa, heterogénea y solapada de dispositivos.

En los últimos años, en consonancia con el auge del campo de la rehabilitación psicosocial, ha aparecido una nueva aproximación cuyo lema básico es el de: "Vivienda Normal con Apoyos", y cuyo objetivo esencial es priorizar fórmulas flexibles de apoyo al enfermo mental, que en coherencia con un modelo de rehabilitación integral y comunitario, le permita elegir, acceder y mantenerse en una vivienda normal como el resto de los ciudadanos, ofreciéndoles para ello el apoyo que sea preciso.

Ambas aproximaciones (servicios residenciales específicos y vivienda normal con apoyo) son necesarias y complementarias para asegurar una adecuada atención a las necesidades de alojamiento y soporte residencial del heterogéneo colectivo de los enfermos mentales crónicos.

Evitando las rigideces iniciales del modelo del "continuum residencial", hoy es claro que es necesario contar con dispositivos específicos residenciales que sean lo más flexibles, polivalentes y normalizados que sea posible. Asimismo es necesario reforzar el trabajo de atención y rehabilitación comunitaria que permita, de acuerdo al modelo "vivienda normal con apoyos", mantenerse a gran parte de la población crónica en una vivienda normal de su elección con el apoyo que sea necesario.

Ambos elementos son necesarios y en ningún momento excluyentes, en todo caso, actualmente el problema principal es la insuficiencia y fragmentaria organización de ambos componentes.

En España, la Reforma Psiquiátrica y la implantación de un modelo de atención comunitaria se inició a mediados de los años 80, y a pesar de sus innegables avances aún queda mucho camino por recorrer. El desarrollo de servicios comunitarios, especialmente de rehabilitación y soporte residencial es aún muy desigual e insuficiente. En concreto, en lo que se refiere a los servicios residenciales comunitarios el panorama es, asimismo, de escaso desarrollo, insuficiencia y fragmentación.

No podemos olvidar diferentes e interesante experiencias en nuestro país, de organización de dispositivos residenciales, especialmente a través del recurso de Pisos asistidos o protegidos (Arranz, 1989; Castilla, Espino y Otros, 1991) que han demostrado su eficacia y relevancia en la atención e integración comunitaria de enfermos mentales crónicos.

Sin embargo, el desarrollo de recursos residenciales, es todavía una de las principales asignaturas

pendiente en la organización de una adecuada atención y rehabilitación comunitaria en nuestro país.

Ante este reto, el sistema de Servicios Sociales, en coordinación con la red de servicios de salud mental, tienen un papel destacado que realizar, implicándose activamente en el apoyo a la atención, rehabilitación e integración social de este colectivo, incluyendo el desarrollo tanto de servicios residenciales comunitarios, como de fórmulas de apoyo para el acceso y mantenimiento en viviendas normales de enfermos mentales crónicos.

En la Comunidad de Madrid, los Servicios Sociales vienen asumiendo este reto a través del **Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica**, aunque todavía queda mucho por avanzar.

Así pues, es evidente que disponer de una vivienda o de un contexto de alojamiento, convivencia y apoyo, es un factor clave para la adecuada integración social de cualquier persona y más para aquellos que por su enfermedad mental crónica tienen especiales dificultades.

Por ello, debemos priorizar la adecuada cobertura de estas necesidades en el marco de un sistema integral y coordinado de servicios y programas comunitarios que aseguren la atención, rehabilitación e integración comunitaria de la población enferma mental crónica.

► Bibliografía

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION TASK FORCE ON COMMUNITY SERVICES (1982): **A Typology of Community Residential Services**. American Psychiatric Association. Washington D.C.

ANTHONY. W.A. (1979): **The Principles of Psychiatric Rehabilitation**. Human Resource Development Press. Boston.

ANTHONY. W.A.; COHEN. M. y FARKAS, M. (1990): **Psychiatric Rehabilitation**. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University. Boston.

ARCE, A y VERGARE. M. (1985): "An Overview of Community Residences as Alternatives Hospitalitation". Psychiatric Clinic of North America. Vol. 8 (3), 423-436.

ARRANZ, T. (1989): **Asistencia Psiquiátrica**

en Pisos Asistidos. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. Barcelona

BLANCH, A; CARLING, P. y RIDGWAY. P. (1988): "Normal Housing with Specialized Supports: A Psychiatric Rehabilitation Approach to Living in the Community". Rehabilitation Psychology. Vol. 33 (1), 47-55.

BUDSON. R. D. (1978): **The Psychiatric Halfway House: A Handbook for Theory and Practice**. University Pittsburgh Press. Pittsburgh.

BUDSON. R. D. (1981): "Community Residential Care". En J.A. Talbot: **The Chronic Mentally Ill**. Human Science Press. New York.

CARLING P. J. y RIDGWAY. P. (1985): **Community residential Rehabilitation: an emerging approach to meeting housing needs. Community for residential rehabilitation project**. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University.

CARLING. P.J. y RIDGWAY. P. (1989): "A Psychiatric Rehabilitation Approach to Housing". En M. D. Farkas y W. A. Anthony (Eds): **Rehabilitation Programs: Theory Into Practice**. The Johns Hopkins University Press. Baltimore.

CASTILLA GARCIA, A.; ESPINA BARRIO, J.A. y Otros (1991): **Los Hogares Protegidos en el Marco de la Asistencia Psiquiátrica**. Junta de Castilla y León, Consejería de Cultura y Bienestar Social. Valladolid.

CATON, C.I. (1984): "Mental Institutions and the Community: A Historical Perspective". En C.I. Caton: **Management of Chronic Schizophrenia**. Oxford University Press. New York.

CONSEJERIA DE INTEGRACION SOCIAL (1988): **Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica**. Consejería de Integración Social. Madrid.

CONSEJERIA DE INTEGRACION SOCIAL (1991): **Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica**. Mapa de Servicios Sociales, Consejería de Integración Social. Madrid.

FIELDS. S. (1990): "The Relationship between Residential Treatment and Supported Housing in a Community System of Services". Psychosocial Rehabilitation Journal. Vol. 13 (4), 105-113.

HATFIELD. A.B. LEFLEY. H. (1987): **Families of Mentally Ill: Coping and Adaptation**. The Guilford Press. New York.

LAMB. H. R. (Ed.) (1984): **The Homeless Mentally Ill**. American Psychiatric Association. Washington D.C.

LIBERMAN, R.P. (1988/1993): **Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico**. Edit. Martínez Roca. Barcelona.

PRIETO, L. (1986): **La Reforma Psiquiátrica en Madrid**. Servicio Regional de Salud. Madrid.

RIDGWAY P. y ZIPPLE. A. (1990):" The Paradigm Shift in Residential Services: From the linear continuum to supported housing approaches".

Psychosocial Rehabilitation Journal. Vol. 13 (4) 11-31.

STROUL, B. (1988): "Community Support Systems for Persons with Long-Term Mental Illness: A conceptual framework". Psychosocial Rehabilitation Journal. 12 (3) 10-26.

TURNER. J.E.; TENHOOR. W.J. (1978):" The NIMH Community Support Program". Schizophrenia Bulletin. Vol. 4 (3). 319-344.

WOLFENBERGER. W. (1979): "The Principle of Normalization and its Implications for Psychiatric Services". American Journal of Psychiatry. 219-297.



Rehabilitación laboral y alternativas laborales para enfermos mentales crónicos

Abelardo Rodríguez González

Presentación

- I. Introducción
- II. Los Enfermos Mentales Crónicos ante la Inserción Laboral: Problemas y Dificultades.
- III. Rehabilitación laboral:
 - 3.1. Definición, filosofía y objetivos
 - 3.2. Fases del Proceso de Rehabilitación Laboral
 - 3.2.1. Evaluación
 - 3.2.2. Planificación de la intervención
 - 3.2.3. Intervención en rehabilitación laboral
 - 3.3. Ambitos de intervención
 - n Orientación vocacional.
 - n Hábitos básicos de Trabajo
 - n Habilidades de ajuste al entorno laboral.
 - n Apoyo a la Formación Profesional.
 - n Entrenamiento en Búsqueda de Empleo.
 - n Apoyo al acceso y mantenimiento en el puesto de trabajo.
- IV. Alternativas para la Inserción Laboral
 - 4.1. Inserción en el mercado laboral ordinario.
 - 4.2. Empleo con apoyo como fórmula de inserción en el mercado laboral normalizado.
 - 4.3. Empleo protegido: los Centros Especiales de Empleo
 - 4.4. Creación de Empleo: Desarrollo de iniciativas empresariales de economía social.
- V. A Modo de Conclusiones
- VI. Bibliografía

► Presentación

En este trabajo nos planteamos realizar una aproximación a un área de creciente importancia dentro del campo de la rehabilitación e integración comunitaria del enfermo mental crónico. Nos referimos al ámbito de la **rehabilitación laboral y del apoyo a la inserción en el mundo del trabajo**.

En primer lugar expondremos las principales dificultades y problemas que sufre este colectivo para acceder y mantenerse en un puesto de trabajo.

A continuación el núcleo fundamental del capítulo se dedicará a describir la definición, objetivos, proceso y principales áreas de intervención de la rehabilitación laboral.

Para finalizar indicaremos algunas de las principales alternativas que existen de cara a la integración laboral como paso final que da sentido y coherencia a la rehabilitación laboral.

1 ► Introducción

El desempleo y la marginación del mundo laboral constituyen una de las más importantes desventajas sociales que suelen sufrir gran parte de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos, afectando tanto a aquellos que han sido desinstitucionalizados después de períodos de internamiento más o menos

largos en Hospitales, como a los que nunca han sido desinstitucionalizados.

En efecto, pocos son los pacientes crónicos que a la salida de un Hospital Psiquiátrico les espera un empleo, más bien todo lo contrario, tienen más posibilidades de volver al Hospital que de reintegrarse laboralmente. Asimismo entre los crónicos que viven en la comunidad la mayoría están desempleados y no realizan ningún tipo de actividad productiva.

Diversos estudios realizados en USA ilustran esta situación con claridad: la tasa de desempleo global entre la población psiquiátrica crónica alcanza cotas en torno al 70%. De entre los pacientes desinstitucionalizados sólo entre un 20% a un 30% trabajan en el año siguiente al de la salida del Hospital, reduciéndose dicho porcentaje al 10-15% para los que mantienen su empleo entre 1 y 5 años después de dicha salida (Anthony, Howell y Danley, 1984).

En esta situación de desempleo y marginación del mundo laboral, que sufre con especial gravedad la población con trastornos psiquiátricos crónicos, influyen e intervienen diferentes factores a distintos niveles: por una parte los déficits comportamentales e inhabilidades que dificultan el desempeño y ajuste laboral y que resultan como consecuencia del trastorno psiquiátrico y/o de los efectos negativos de largos períodos de hospitalización; por otra parte la falta de experiencia e historia laboral previa al desarrollo de su problemática psiquiátrica; la inexistencia o inadecuación de recursos comunitarios de rehabilitación vocacional-laboral, así como el rechazo social y estigma asociado a las problemáticas psiquiátricas conforman un obstáculo a la contratación laboral normalizada. Por último el contexto laboral actual marcado por unas elevadas tasas de desempleo incide negativamente en las posibilidades de integración laboral de la población psiquiátrica crónica.

Todos estos factores interactúan de un modo complejo y exigen intervenciones diferenciales y específicas dirigidas a modular y disminuir los obstáculos y problemas existentes y a maximizar las oportunidades de realizar actividades productivas y remuneradas de este colectivo, paso decisivo para avanzar en su integración social y en la mejora de su calidad de vida.

Por una parte, implica ofrecer recursos y programas que posibiliten la rehabilitación profesional-laboral de este colectivo y les prepare para la reinserción en el mundo laboral.

Complementariamente es necesario fomentar el desarrollo de fórmulas de empleo protegido (Centros Especiales de Empleo) o de creación de iniciativas empresariales para aumentar las oportunidades de acceso al empleo normal, de modo que se facilite la progresiva integración en actividades laborales remuneradas ajustadas a las posibilidades y nivel de funcionamiento laboral de la población crónica.

2 ► Los Enfermos Mentales Crónicos ante la Inserción Laboral: Problemas y Dificultades

Como hemos comentado, las personas con enfermedades mentales crónicas sufren especiales dificultades (Jansen, 1988) para su inserción laboral, de hecho la gran mayoría están desempleados o excluidos del mundo del trabajo.

En esta situación influyen muchos factores. Siguiendo el trabajo de Galilea y Colis (1995) podríamos dividir las principales dificultades o problemas que sufren en este campo en tres grandes grupos:

- Las derivadas de la propia enfermedad.
- Las derivadas del prejuicio social.
- Las derivadas de la situación del mercado de trabajo.

A • LAS DERIVADAS DE LA PROPIA ENFERMEDAD:

Como consecuencia del trastorno mental y de su evolución o asociados al mismo, las personas que los sufren pueden presentar, en mayor o menor grado, un conjunto de déficits que afectan a su capacidad de buscar y desempeñar un empleo y que, entre otros, serían los siguientes:

- **Déficits cognitivos y conductuales:** que si son graves dificultarán la integración laboral.
- **Escasa formación académica y profesional:** la enfermedad suele desencadenarse en la etapa adolescente o en la primera juventud, etapas en las que se están formando y preparando social y profesionalmente.
- **Escaso interés laboral:** a consecuencia del trastorno pueden haber perdido o ver disminuido su interés por trabajar, o en muchos casos, tras varias experiencias frustrantes, acaban asumiendo una acti-

ud de incapacidad para trabajar y la familia también termina descartando la idea de una posible integración laboral.

- **Ausencia de experiencia laboral previa:** muchos jóvenes crónicos nunca han conseguido trabajar. En esto influyen aspectos negativos como: incapacidad, miedo, falta de habilidades, desconocimiento del mundo laboral, etc.

- **Experiencia laboral previa vivida como frustrante:** las experiencias negativas pueden generar miedo a un nuevo fracaso, baja autoestima y actitudes negativas respecto al mundo laboral en general. Una experiencia laboral no marcada como frustrante es un buen predictor de éxito de una posible incorporación laboral.

- **Déficits de hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral:** estos hábitos fundamentales para el éxito en el desempeño laboral se desconocen o se han perdido.

- **El papel de la familia:** la familia puede ser un gran apoyo para la rehabilitación laboral, pero también puede obstaculizarla involuntariamente (puede ser un factor sobreprotector o estresante).

- **Desconocimiento del mundo laboral:** No manejan información sobre el mundo laboral, características del mercado de trabajo (tipos de trabajo, ofertas laborales, tipos de contratos, horarios y exigencias, convenio, INEM, Seguridad Social, salario mínimo, etc.).

- **Dificultades para disponer y utilizar todas aquellas habilidades y conocimientos necesarios para elegir, obtener y mantener un trabajo.**

En este ámbito Anthony (1984) clasifica estos déficits en relación a tres momentos claves:

- Elección del trabajo.
- Consecución del trabajo.
- Conservación del empleo

En la **ELECCION DEL TRABAJO** pueden existir los siguientes déficits:

- **No puede identificar sus intereses:** el enfermo parece de intereses vocacionales o si los hay son desahistados, es decir, no coinciden con sus verdaderas habilidades y capacidades; pueden ser elevados, irrelevantes, mínimos, etc.

- **No puede identificar sus habilidades:** el sujeto desconfía de sus posibilidades y habilidades, cree que no merece los conocimientos, los menosprecia; habla en pasado ("Yo sabía hacer, ya no puedo hacer.").

- **No pueden relacionar ocupación e intereses:** sus intereses no los relacionan de un modo coherente y realista con actividades laborales o tipos de empleos.

- **No puede relacionar ocupación y habilidades:** aquellos trabajos que por su capacidad pudiera desempeñar adecuadamente no los identifica con posibles trabajos.

- **Tiene problemas para evaluar alternativas laborales basadas en su propio valor:** las elecciones laborales que realiza no corresponden con la realidad del trabajo y sus características; por ejemplo: le gustan las vespas, montar en ellas, y quiere trabajar en la fábrica de Vespas.

- **Rigidez en sus expectativas ocupacionales:** pueden mostrar interés por un tipo concreto de empleo pero rechaza otros muy similares. Este interés es por su naturaleza desajustado.

Por ejemplo, quiere ser ayudante de cocina, pero rechaza el puesto de pinche de cocina.

- **Dificultad para planificar:** no calcula ni planifica los pasos sucesivos para llegar a un objetivo profesional determinado; por ejemplo, quiere llegar a ser ingeniero, pero no cuenta con hacer el Bachiller Superior.

- **No puede identificar sus déficits laborales:** no reconoce sus propias limitaciones, cree estar preparado para cualquier trabajo, aunque carezca de la formación necesaria.

En la fase de **CONSECUENCIA DEL EMPLEO**, pueden existir los siguientes déficits:

- **No valora las ventajas relativas al trabajo:** no identifica el trabajo como beneficioso para "encontrarse bien", ni para lograr autonomía ni independencia.

- **Desconoce las fuentes de información sobre empleo:** no sabe adónde dirigirse para encontrar empleo (van a la panadería de su barrio, al supermercado, pero no están inscritos en el INEM). Busca empleo de una forma que podríamos denominar "doméstica", a impulsos, con desconocimiento, y sin organización. No sabe manejar prensa laboral, no identifica ofertas, no se dirige a organismos o instituciones (INEM, Escuelas, etc.).

- **Escasa constancia en la búsqueda de trabajo:** se desanima pronto si no tiene éxito inmediato. La búsqueda es desorganizada e irregular, aunque suele verbalizar lo contrario.

- **No puede elaborar un currículum vitae:** desconoce cómo hacerlo, no discrimina lo importante de lo accesorio.

- **Tiene dificultades para rellenar solicitudes o formularios:** no los comprende, desconoce términos específicos, olvida datos, fechas, etc.

- **Presenta dificultades para manejar una entrevista laboral:** no puede responder ni escuchar con atención al entrevistador; no puede asearse bien para la entrevista laboral, no hace preguntas al entrevistador. En síntesis, muestra desconocimiento de las técnicas adecuadas en una entrevista laboral: contacto visual, volumen y claridad de voz, postura, hacer comentarios positivos sobre experiencia laboral pasada, sobre aficiones, no hacer preguntas pertinentes sobre el puesto, no hacer comentarios que denoten interés, etc.

Desconocen, en fin, que la consecución de un empleo comienza en el momento mismo de la entrevista laboral.

En la **CONSERVACION DEL TRABAJO**, pueden aparecer los siguientes déficits:

- **Descuida su apariencia personal, su aseo y vestido.**

- **No se maneja adecuadamente en el transporte público.**

- **Tiene problemas de puntualidad o asistencia:** o bien se duerme y no acude por falta de motivación, o se organiza mal y se retrasa sin causa justificada (fumando, decidiendo si acudir o no al trabajo, dedicándose a otras actividades).

- **Desconoce las habilidades sociales en ambiente laboral:** no reconoce lo que ha hecho mal, culpa a otros o al supervisor, o bien reacciona con excesiva culpabilidad, desanimándose exageradamente; se aísla, no interactúa, baja su rendimiento en el trabajo en equipo, o interactúa de forma exagerada, interfiriendo en el trabajo de sus compañeros.

- **Tiene poca iniciativa:** carece de hábitos laborales, muestra poca iniciativa en tareas que ya conoce. Deficiente organización y planificación de tareas. No resuelve problemas adecuadamente.

- **Baja tolerancia al trabajo prolongado:** desconfía de su resistencia. Suele relacionar cansancio físico y mental con desequilibrio psíquico.

- **No establece juicio correcto sobre la tarea terminada:** su valoración no se refiere estrictamente a la calidad de trabajo; no existe una autocritica ajustada.

Con todo lo anterior se ha ofrecido una imagen genérica de los principales problemas generados o asociados a la enfermedad mental grave y crónica que dificultan la inserción laboral. Ahora bien ni todos presentan los mismos problemas ni tienen la misma gravedad o relevancia. Por ello, se ha de tener siempre presente el criterio de individualización que nos permita tener en cuenta las características específicas y únicas de cada persona y de su entorno.

B • PREJUICIO SOCIAL ANTE EL ENFERMO MENTAL:

El estigma y la representación social negativa que tradicionalmente ha acompañado al enfermo mental crónico, constituye otro importante obstáculo para su inserción laboral.

Los empresarios, el mercado laboral y la sociedad en general tienen una imagen negativa de este colectivo que les considera incapaces o demasiado problemáticos para ejercer como trabajadores productivos en el mercado laboral ordinario.

Esta misma imagen está también asumida en muchos casos por los propios enfermos o sus familias, considerándose incapaces de desempeñar y alcanzar el rol de trabajador activo con todas sus implicaciones.

C • LOS DERIVADOS DE LA SITUACIÓN DEL MERCADO LABORAL:

Asimismo la lógica del mercado laboral y su situación actual conforman otra barrera (a veces casi infranqueable) para la inserción laboral del enfermo mental crónico. Alguno de los elementos principales en este aspecto son los siguientes:

- **Crisis económica y profunda transformación del mundo laboral:** aumento del número de parados (supera los tres millones y medio), destrucción de empleo. Creación de empleo precario.

- **Competitividad:** excesiva demanda de empleo, aumento del número de personas con titulación universitaria, exigencia por parte del empresario de alta cualificación, etc.

- **Incumplimiento del porcentaje para la contratación de minusválidos (2 %):** en el caso de que se cumpla este porcentaje, corresponderá a minusválidos físicos, no a enfermos mentales. En otros países se penaliza este incumplimiento, sancionando al empresario; estas sanciones van a parar a un fondo cuyo objetivo es la creación de empleo para minusválidos (Alemania).

- **Incompatibilidad con pensiones:** la mayoría de las prestaciones económicas que recibe nuestro colectivo son LISMI (Ley de Integración social del minusválido), Pensión no contributiva, FAS (Fondo de asistencia social); todas ellas son en la práctica incompatibles con un contrato de trabajo.

- **Escasez de medidas de apoyo al empleo:** son raras las iniciativas empresariales destinadas a emplear al colectivo de enfermos mentales.

Una vez resumidas las principales dificultades que sufren los enfermos mentales para su inserción laboral, indicaremos sintéticamente los datos existentes sobre qué variables o factores pueden servir para predecir las posibilidades de integración laboral de este colectivo.

La literatura especializada señala una serie de predictores de éxito o fracaso en las integraciones laborales de personas con problemas psiquiátricos (Orviz y González, 1994). Dichos predictores abarcan variables tanto sociodemográficas como clínicas de los sujetos estudiados y en resumen los diferentes autores (Anthony, Howell y Danley, 1984; Anthony y Jansen, 1984; Bond y McDonell, 1991; Danley, 1993; Harvey et al., 1994; Lipsedge y Summerfield, 1987; Mancuso, 1990; Rogers y otros, 1991) coinciden en que no predicen un posible éxito o fracaso laboral:

- El diagnóstico psiquiátrico.
- La historia psiquiátrica.
- Los resultados en pruebas-test de inteligencia, aptitudes y personalidad.
- Un funcionamiento determinado en otros ambientes diferentes al laboral.
- La sintomatología psicopatológica presente.

Los factores que sí parece que predicen y correlacionan con un desempeño adecuado en el mundo laboral son:

- Poseer una adecuadas habilidades de ajuste laboral evaluadas en contextos de trabajos. En concreto tener un desempeño adecuado en la realización de un trabajo, en las habilidades de relación personal y responsabilidad, fiabilidad e iniciativa en el puesto de trabajo.
- La historia laboral previa.
- Que el sujeto tenga unas expectativas e intereses ajustados respecto al mundo laboral.
- Los resultados en pruebas-test que midan autoimagen o autoconcepto del usuario como trabajador.
- El haber participado con éxito en programas de

entrenamiento de búsqueda de empleo, trabajos protegidos y habilidades ocupacionales.

- Prestar apoyo profesional.

- Estar motivado hacia la incorporación laboral.

Así pues son los aspectos funcionales relacionados con la historia laboral y las capacidades y motivación laboral presentes los factores más relevantes. De todos modos en ningún momento se deben establecer dicotomías rígidas entre empleables e inempleables. Siempre se ha de trabajar de un modo individualizado ofreciendo los programas de rehabilitación laboral y las oportunidades laborales más ajustadas a las características y posibilidades de cada persona.

3 ► Rehabilitación Laboral

3.1. Definición, Filosofía y Objetivos

El trabajo cumple un papel primordial en nuestra sociedad como medio fundamental para alcanzar la plena integración social. Por ello esta adquiriendo una importancia creciente la rehabilitación laboral dentro del esfuerzo de promover la máxima autonomía, independencia e integración social del enfermo mental crónico.

De acuerdo con González, Orviz y otros (1995), el trabajo es un elemento de gran valor social que vertebra la vida de las personas. Asimismo, es un factor de integración y normalización que puede convertir al enfermo mental en elemento perteneciente a un grupo: no en vano el desempeño en una actividad supone en muchos casos la línea divisoria que distingue a quien pertenece al grupo social y a quien resulta marginado. El trabajo suele generar conductas similares a las que la sociedad reconoce como propias y fomenta hábitos que identifican al individuo como integrante de esa sociedad. Gracias al desempeño de un trabajo el enfermo mental adquiere el rol de trabajador por encima del rol de enfermo. Mientras este rol de enfermo es incapacitante, estático y marginador, aquél, el rol de trabajador, aumenta la autoestima, es dinámico y es integrador.

Sin embargo la condición de desempleado entre los enfermos mentales es un denominador común y refleja la gran dificultad que tienen tanto para obtener como para mantener un empleo. La experiencia de permanecer crónicamente en paro, aun cobrando ayudas económicas o pensiones, es altamente aversiva para estas personas.

Teniendo en cuenta que la disponibilidad de un trabajo así como la obtención de unos beneficios económicos son dos de los indicadores que más altamente correlacionan con los niveles de satisfacción tanto subjetiva como objetiva del enfermo mental (Leherman, 1982), resulta evidente que conseguir esos objetivos se convierte en algo prioritario de los programas de rehabilitación y reinserción. La insatisfacción que experimentan los pacientes por las malas relaciones familiares, escasas relaciones sociales, su situación de salud y la falta de un trabajo, contribuye a mantener niveles más bajos en su calidad de vida (Anthony y otros 1990; Skantze y otros, 1992).

La necesidad de utilizar un paso previo a la inserción en el mercado laboral mediante la rehabilitación específica lo justifica el hecho de que, en la mayoría de los casos, al igual que ocurre con otras necesidades que tiene esta población (integración social, residencial, etc.), la simple disposición de recursos no asegura un adecuado aprovechamiento de éstos por los pacientes.

Así pues, se hace necesaria la **Rehabilitación Laboral** que se define como: **un proceso específico, estructurado e individualizado dirigido a ayudar y preparar a personas con enfermedades mentales crónicas para favorecer su acceso y mantenimiento en el mundo laboral (Ciardiello y Bell, 1988) . Supone facilitar la adquisición, recuperación o potenciación de los hábitos, habilidades y conocimientos necesarios para posibilitar la integración laboral de dichas personas.**

La Rehabilitación laboral (Anthony, Cohen y Danley, 1988) se fundamenta en los principios básicos de la rehabilitación psicosocial, y como ésta sostiene que el individuo con problemas psiquiátricos puede aprender y mejorar su funcionamiento, tender a la normalización y aumentar su grado de autonomía e independencia. La rehabilitación laboral se plantea para conseguir la integración sociolaboral plena de los pacientes. La inserción laboral supone un abanico de posibilidades que se ofrece a los pacientes y que puede ir desde la creación de empleo en empresas protegidas hasta la integración de pacientes en empresas normalizadas con un mayor o menor nivel de apoyo.

Ayudar al enfermo mental crónico a desempeñar el rol de trabajador, aparte de sus beneficios intrínsecos, tiene otros valores secundarios aunque no menos importantes (reorganización del tiempo, acceso a un

mayor abanico de recursos de ocio, contactos sociales, mayor facilidad para encontrar una vivienda digna), así mismo incrementará la valoración de sí mismo, se sentirá útil, activo, estimulado por una tarea y enriquecido gracias a la relación con las demás personas.

La rehabilitación laboral va a dotar al enfermo mental de un sentido dinámico y progresivo de la vida, de un proyecto vital que abra necesarias perspectivas de futuro.

De todos modos, la rehabilitación laboral hay que entenderla siempre como un proceso, con una estructura y unas fases, pero que también debe estar marcada por su dinamismo y flexibilidad para ajustarse permanentemente a las características de cada individuo y a su propio devenir o evolución vital (Jacobs, 1988).

3.2. Fases del Proceso de Rehabilitación

3.2.1. Evaluación

Antes de diseñar y planificar con cada sujeto un programa de actividades y entrenamiento encaminados a mejorar su funcionamiento laboral es necesario conocer con precisión información concreta y operativa acerca de sus problemas, déficits y habilidades, nivel de cualificación, historia laboral previa, intereses vocacionales, etc.

Esta fase de evaluación recogerá la información a través de entrevistas estructuradas, cuestionarios, observación in vivo, role playing, etc respecto a los diferentes aspectos relevantes para la rehabilitación laboral del sujeto, permitiendo así, especificar los problemas y déficits que presenta, de tal modo que se pueda establecer un proceso de intervención ajustado a sus características y necesidades.

Sin ánimo de ser exhaustivos, esta fase de evaluación funcional recabará información sobre:

- Historia laboral previa (trabajos realizados, duración, nivel de competencia y cualificación logrados, problemas, etc.).
- Intereses vocacionales y objetivos laborales actuales.
- Hábitos de trabajo (asistencia, puntualidad, concentración en el trabajo, organización y realización de tareas, uso y cuidado de herramientas y equipamiento, seguimiento de instrucciones, etc.).
- Habilidades sociales en ambientes laborales

(interacción con compañeros y supervisores, inicio y mantenimiento de conversaciones, aceptación de críticas, expresión de críticas y sentimientos negativos, peticiones, ofrecimiento de ayuda, etc.)

- Habilidades de búsqueda de empleo.
- Otros problemas psicológicos que afecten al desempleo laboral (baja autoestima, problemas de atención, baja tolerancia al stress, etc.).
- Opciones laborales existentes en las que podría integrarse el sujeto (características, perfil y exigencias del puesto, nivel de apoyo y supervisión necesarios o que ofrecen, etc).
- Recursos económicos de que dispone.
- Apoyo socio-familiar con el que cuenta (características, expectativas, demandas, etc.).

Como indican Pastor y Blanco (1995), la complejidad y variabilidad con que se muestran las enfermedades mentales discapacitantes plantea en el profesional el esfuerzo de tener que contemplar la evaluación desde una perspectiva multidimensional. Atendiendo a todos aquellos factores que de forma aislada o en interacción puedan contribuir a lograr un mayor conocimiento del enfermo. Este conocimiento global debe complementarse con un estudio mas amplio y profundo de aquellas variables que más correlacionan con posibilidad de colocación laboral.

En general, preparar a una persona con discapacidades psiquiátricas graves para trabajar exige de los profesionales tener previamente en cuenta diversos aspectos:

- Conocer las características y exigencias del puesto de trabajo a desempeñar.
- Valorar los intereses vocacionales y motivación del paciente hacia el trabajo
- Valorar sus capacidades y recursos personales para desarrollar el puesto de trabajo.
- Valorar sus habilidades para buscar y encontrar un empleo.

En relación a la metodología de evaluación es necesario que la información recogida sea válida y útil para desarrollar un análisis adecuado y un plan de rehabilitación que corresponda y se adapte a las necesidades y recursos de la persona. Esto solo es posible si se utilizan instrumentos y técnicas funcionales y eficaces, algo que no siempre ocurre. Han sido muy diversos los procedimientos utilizados.

Algunos de ellos como, la "valoración clínica" del psicoterapeuta desde una consulta, la utilización de tests de inteligencia, tests aptitudinales o proyecti-

vos, pruebas estandarizadas de intereses profesionales, proporcionan una visión limitada de la persona, poco fiables con enfermos mentales graves, y de escasa capacidad predictiva.

Lo más pertinente es la realización de una evaluación funcional que utiliza diferentes procedimientos desde entrevistas, observación, escalas, cuestionarios, etc.

Mediante la entrevista semiestructurada a pacientes y familiares u otras personas próximas, valoramos los antecedentes personales y laborales, relaciones interpersonales, sus intereses vocacionales y el grado de adaptación del trabajo a sus capacidades reales.

El "role play" nos ayuda a obtener una información fiable de sus habilidades para desarrollar algunas de las áreas de búsqueda de empleo. Valoramos cómo maneja el teléfono para conseguir la información deseada. Nos da una información completa sobre cómo se desenvuelve en una entrevista de selección laboral (cómo prepara una entrevista, forma de presentarse, cómo se expresa a lo largo de la entrevista, que preguntas formula y cómo responde a esas preguntas siempre temerosas como las referidas a su situación personal). Otras áreas relacionadas con la búsqueda de empleo podemos valorarlas mediante la observación directa: uso de la información laboral, localización de ofertas de trabajo, elaboración de currículum o cartas de presentación, etc.

La observación directa se ha mostrado como el instrumento más eficaz para valorar las habilidades relacionadas con el ajuste laboral en enfermos mentales, y se puede considerar como una técnica de gran valor predictivo para conseguir empleo después de la rehabilitación laboral.

Las escalas de habilidades de ajuste laboral (vease Jacobs, 1988) proporcionan amplia información de los recursos del enfermo para su adaptación a las exigencias de un puesto de trabajo, manifestándose como instrumentos útiles, fiable y con buena capacidad predictiva del desempeño laboral.

La técnica de "role play", muy valiosa para conseguir otro tipo de información, ha presentado importantes limitaciones cuando se ha utilizado para la valoración de las habilidades de adaptación laboral en los casos de que no se dispone de un medio laboral similar al normalizado.

En suma, a través de la evaluación funcional se identifican los déficits, las necesidades y el potencial de desempeño del paciente en el pasado y en el pre-

sente, definido en términos operacionales, y se hace un análisis de la influencia de múltiples factores y sus relaciones entre sí.

La evaluación inicial posibilita el diseño del plan de rehabilitación laboral, donde se definen y priorizan gradualmente los objetivos de intervención. Pero esta valoración no será la única a realizar, su repertorio de habilidades irá variando desde el momento de iniciar el entrenamiento hasta su finalización. Resulta evidente que mientras dure el período de aprendizaje de hábitos laborales se deberán hacer, de forma periódica y sistemática, valoraciones que nos permitan observar la evolución del paciente y plantearnos nuevas metas y nuevas estrategias de intervención.

3.2.2. Planificación de la Intervención

Una vez hecha la evaluación funcional y establecidos los intereses vocacionales del usuario se diseñará y programará un plan individualizado de rehabilitación profesional-laboral.

Este plan especifica en primer lugar, las metas a corto, medio y largo plazo, y los tipos de intervenciones y entrenamientos necesarios de cara a su consecución, estructurándolas de un modo secuencial y progresivo.

En segundo lugar prevé los plazos y métodos de evaluación de los objetivos programados. Por último propone los recursos comunitarios que puedan utilizarse y organiza las fórmulas de coordinación necesarias.

En esencia, este plan individualizado constituye un esquema sistemático y flexible del trabajo a realizar con cada usuario para mejorar su funcionamiento y competencia laboral y propiciar su acceso y/o mantenimiento en el mundo laboral.

3.2.3. Intervención en Rehabilitación Laboral

El proceso de intervención se ha de organizar de un modo individualizado, abarcando principalmente en relación los siguientes ámbitos: orientación vocacional, entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y de habilidades sociales de ajuste laboral, apoyo a la formación profesional, búsqueda de empleo y apoyo a la inserción laboral. Veamoslos más detalladamente en el siguiente apartado:

3.3. Ambitos de Intervención

Orientación Vocacional

Un paso necesario antes de establecer un plan individualizado de trabajo es definir con claridad los

intereses y objetivos laborales de los usuarios. En muchos casos y por diversas razones (escasa historia laboral, poco conocimiento de opciones relacionadas con su nivel de formación, expectativas no realistas, falta de motivación, etc.) los usuarios requerirán un trabajo de información y orientación vocacional que permita aclarar y definir sus preferencias laborales así como delimitar el tipo de trabajos disponibles y posibles que se ajustan a su nivel de formación, competencia y funcionamiento.

Esto permitirá definir objetivos laborales lo más ajustados a la realidad y posibilidades de cada sujeto.

Es fundamental evitar plantearse metas demasiado difíciles o excesivamente alejadas de la realidad del usuario y del contexto laboral existente.

Esta labor de orientación vocacional no se limita a la utilización de las tradicionales baterías de test de aptitudes o intereses sino que implica un proceso de información y valoración acerca de las áreas laborales y ocupacionales más ajustadas a las posibilidades y nivel de cada sujeto, puestos disponibles y/o con mayor futuro laboral, visitas a centros de trabajo, charlas con trabajadores, etc. Tratando no sólo de perfilar los intereses y objetivos más o menos confusos que tenga cada uno sino también de desarrollar nuevos intereses en áreas con mayor probabilidad de integración laboral, según sus características y posibilidades (Bolton, 1988)

Así pues, la **Orientación Vocacional** es un proceso (Galilea y Colis 1995) que tiene como objetivo despertar intereses vocacionales, ajustando esos intereses a la competencia laboral del sujeto y a las necesidades del mercado de trabajo.

El primer paso de la rehabilitación vocacional es la elección de un interés realista que permita al sujeto alcanzar su meta laboral (Anthony y cols., 1984). El usuario que comienza su proceso de orientación vocacional puede, en primer lugar, no tener interés vocacional alguno, bien por ausencia de experiencia laboral previa, bien por desconocimiento del mercado de trabajo o por desconocimientos de las propias habilidades laborales; en segundo lugar, el usuario puede tener un único interés vocacional, inducido por su experiencia laboral pasada o por criterios erróneos acerca de sí mismo y de la naturaleza del trabajo elegido; en tercer lugar, el usuario puede tener uno o varios intereses desajustados que exceden sus posibilidades reales, llevado por el desconocimiento de los requerimientos y características del trabajo y de sus

propias limitaciones; y en cuarto lugar, el usuario puede tener intereses vocacionales desajustados por debajo de sus posibilidades reales, influido en este caso por la baja autoestima, miedo al fracaso, historia laboral previa vivida como frustrante e inseguridad en su capacidad y habilidades.

La orientación vocacional va a suponer el núcleo alrededor del cual va a girar el proceso rehabilitador y estará presente, directa o indirectamente, en todas las fases del mismo.

Lamentablemente es frecuente que el usuario no tenga ningún interés vocacional, pero puede desarrollar nuevos intereses vocacionales cuando está estimulado por nuevos conocimientos y experiencias adquiridos durante la intervención (Anthony, 1984).

La orientación vocacional debe tener en cuenta los propios intereses del usuario. Como señala Bond (1990), los bajos promedios de mantenimiento del empleo suceden en parte al no colocarse los usuarios en trabajos que ellos mismos escogen. Sin embargo, cuando los objetivos vocacionales del cliente parecen inapropiados, el consejo vocacional debe de ser la propia intervención (Anthony, 1984).

Por ello, el proceso de orientación vocacional debe encaminarse hacia la eliminación de creencias erróneas (sobre trabajos idílicos, cómodos, excepcionalmente remunerados, etc.) y el aumento del conocimiento de las condiciones reales del mercado y sobre la oferta formativa: igualmente, la orientación vocacional debe propiciar acercamientos hacia recursos formativos adecuados y definir opciones laborales ajustadas a los conocimientos y posibilidades reales del sujeto. El proceso de orientación vocacional redundará en beneficio del nivel de motivación del usuario, si bien la satisfacción en la elección es diferente del éxito en el empleo; el interés vocacional es relativamente independiente de la habilidad que determina el éxito ocupacional (Bolton, 1988).

La evaluación de la orientación vocacional tiene como objetivo averiguar cuáles son los intereses vocacionales del usuario así como conocer su relación con el mundo laboral, su disposición y su motivación hacia el trabajo. Las técnicas empleadas para evaluar pueden ser, entre otros: Test o cuestionarios de intereses vocacionales (como por ejemplo el test CIPSA, de F. Seara, en los que el usuario podrá valorar, desde su perspectiva social, personal y económica, más de ciento sesenta profesiones en todos los campos, o el test IPP de intereses personales y profesionales, que someten a juicio

del usuario más de doscientas profesiones, actividades y tareas); entrevistas semiestructuradas con el usuario acerca de intereses laborales, expectativas, experiencias laborales pasadas, problemas laborales en el pasado, miedos, etc.; información suministrada por otros significativos, familia, amigos, antiguos jefes, etc.; observación en el marco de trabajo simulado (talleres rehabilitadores); y finalmente, gracias al "role-playing" podremos conocer cuáles son sus estrategias de solución de problemas laborales, su nivel de asertividad laboral, etc.

Un programa de Orientación Vocacional/laboral debe tener en cuenta los siguientes aspectos (Galilea y Colis, 1995; IMAF, 1994; Rodríguez Moreno, 1986):

1. Describir características personales: cómo nos ven los demás, y cuál es la propia imagen.
 2. Describir las habilidades teóricas/profesionales.
 3. Condiciones en las que le gustaría trabajar: tareas, individual/grupo, desplazamientos, responsabilidades, etc.
 4. ¿Qué posibilidades nos ofrece el medio, y en qué medida poseemos los conocimientos requeridos? Tendremos que intentar acercarnos a las exigencias del mercado.
 5. Seleccionar de entre todas las áreas de trabajo (administrativo, manuales, técnicas, comerciales, etc.) aquella que más se ajuste.
 6. Definir la opción tomada, así como el nivel de exigencia que requiere, los costes, las expectativas que genera, la posición de la familia, duración, etc.
- Es importante definir más de una opción laboral, no centrarse en una única actividad; se deben contemplar posibles alternativas a esa elección.

Para llevar a cabo un Programa de Orientación Vocacional/laboral no basta con definir habilidades y características propias; el usuario debe conocer el mercado laboral: ofertas, demanda, saturación, planes de formación, formas de reciclar sus conocimientos, etc.

Se trata en suma, de un proceso dinámico y continuo en el que el sujeto debe acercarse a la opción elegida con el mayor número de datos posibles. Hay que tener presente que a la hora de acceder a un trabajo, el grado de satisfacción que este nos proporciona va a ser definitivo para mantenerlo o abandonarlo.

Hábitos Básicos de Trabajo

Se trata aquí fundamentalmente de entrenar aquel conjunto de hábitos básicos de trabajo que son condición para desempeñar cualquier puesto laboral. Es importante que este proceso de entrenamiento se

desarrolle en un entorno paralaboral mediante talleres polivalentes que puedan ofrecer un contexto práctico y flexible para entrenar y desarrollar estos hábitos básicos.

La tarea/as deberían tener las siguientes características:

- a) ser moderadamente interesante, que despierte el interés del usuario sin que llegue a suponer un factor de estrés o de excesivo estímulo;
- b) ajustada a sus necesidades, que permita el entrenamiento de los déficits del usuario;
- c) ajustada a sus posibilidades, que no exceda la capacidad del usuario y se convierta así en un motivo de frustración o de factor que desajuste las expectativas vocacionales del usuario;
- d) que admita el aumento del grado de complejidad, y pueda abarcar el progreso laboral del usuario;
- e) que pueda abrir intereses vocacionales o modificar aquellos intereses desajustados que pudiera tener el usuario;
- f) susceptible de desarrollarse individualmente o en grupo, dependiendo de las necesidades del usuario.

170 Entre otros se trabajarán los siguientes aspectos (Galilea y Colis, 1995):

- LA ASISTENCIA: En el grado de asistencia influyen muchos factores, la motivación, el "enganche", la responsabilidad de ser protagonista del proceso rehabilitador o la conciencia clara de los beneficios del desempeño de un trabajo.

- LA PUNTUALIDAD: En muchas ocasiones, el enfermo tiene problemas para ser puntual. O bien se duerme (lo que denota falta de motivación) o, como hemos observado, se organiza mal y se entretiene sin una causa justificada: hay quien se entretiene fumando, decidiendo si acudir o no al centro de rehabilitación o al puesto de trabajo, o simplemente ocupándose en otras actividades ajenas a lo laboral.

Hay quien se levanta a las seis de la mañana para acudir al trabajo a las nueve, y no sabe justificar convenientemente el retraso.

- ASEO Y CUIDADO PERSONAL: La tendencia del usuario al desaseo desaparece reforzando las conductas de higiene adecuadas.

- ACTITUD INADECUADA FRENTE AL TRABAJO: Incorrecto manejo de equipo y herramientas; falta de cuidado del material, ritmo lento de ejecución, etc). Estos déficits son consecuencia de la falta de motivación, de la falta de experiencia laboral,

consecuencia también de largos períodos de inactividad.

- ORGANIZACION Y REALIZACION DE TAREAS: No disponen de capacidad organizativa del propio trabajo ni del proceso de realización de una tarea. Con frecuencia pasan por alto fases intermedias de una secuencia laboral (aunque la tarea la conozcan íntegramente) para llegar cuanto antes al final del trabajo. Esta actitud afecta lógicamente a la calidad del trabajo. Si para pintar una pared es necesario prepararla previamente, tienen tendencia a suprimir esa fase preparatoria y pintar directamente. Es necesario incidir en las fases intermedias cuantas veces sea necesario.

- COMPRESION Y SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES, MEMORIA PARA LAS INSTRUCCIONES, CAPACIDAD DE ATENCION Y CONCENTRACION:

El posible deterioro cognitivo va a afectar sobre estos hábitos laborales. Se ha observado que en algunos casos el entrenamiento pautado y graduado disminuye estos déficits. Las instrucciones deben darse de forma gradual, nunca más de cinco instrucciones en una misma secuencia.

- DAR PRIORIDAD A TAREAS: Como decíamos, el enfermo mental crónico tiene dificultades a la hora de tomar iniciativas. De igual manera encuentra dificultades a la hora de discernir entre la importancia de varias tareas. No sabe priorizar aquellas tareas de mayor importancia en un proceso. Aquí permanece esa dificultad de discernir entre lo importante y lo accesorio.

- INICIATIVA: Sobre este punto, Anthony advierte de la incapacidad del enfermo para dar directrices. Es decir, carece de hábitos laborales, carece de iniciativas en tareas que ya conoce, tiene dificultades para planificar y organizar.

- REACCION AL TRABAJO REPETITIVO O A LOS CAMBIOS DE TRABAJO: El trabajo repetitivo no se afronta convenientemente, bien por el grado de esfuerzo que supone, bien por un paulatino desinterés por la tarea que acaba afectando al grado de atención y concentración; un cambio de trabajo no previsto o repentino puede provocar una reacción de inseguridad en el enfermo.

Habilidades de Ajuste al Entorno Laboral

En muchas ocasiones los problemas y dificultades en el funcionamiento laboral de los sujetos con

trastornos psiquiátricos crónicos están relacionados no tanto con su competencia técnica como con los déficits que presentan en los hábitos básicos de trabajo y en lo que podríamos llamar habilidades sociales de ajuste laboral (Mueser y Liberman, 1988).

Es decir, las habilidades sociales necesarias para interactuar con compañeros y supervisores así como manejar los problemas y situaciones interpersonales que se presenten.

Diversos estudios han puesto de relieve la importancia de estas habilidades de ajuste laboral en relación con el funcionamiento laboral y han evidenciado, junto con la historia laboral previa, que son los mejores predictores del desempeño y ajuste laboral futuro (Anthony y Jansen, 1984).

Entre otras se trabajaran y entrenaran las siguientes áreas o habilidades (Galilea y Colis, 1995; Mueser y Liberman, 1988; Jacobs, 1988):

- **INTERACCION CON COMPAÑEROS:** La interacción permite entrenar la habilidad social. Debe tender a ajustarse poco a poco, ni aislamiento ni extraversion que afecte al trabajo. El trabajador debe resolver sus problemas con los compañeros de forma normalizada; sólo cuando estos problemas permanecen interviene el supervisor o jefe.

- **CAPACIDAD PARA INICIAR Y MANTENER CONVERSACIONES:** Es preciso fomentar una interacción adecuada y fomentar situaciones de trabajo en equipo para quien no tiene capacidad de verbalizar o tiende al aislamiento.

- **CAPACIDAD PARA SOLICITAR U OFRECER AYUDA:** Es un buen indicador de la habilidad social. Quien ofrece ayuda (sin haber sido requerida) muestra un alto nivel de cooperación y buen repertorio conductual. Quien no la ofrece debe ser incentivado para hacerlo. Quien solicita ayuda adecuadamente al supervisor o jefe o a sus propios compañeros demuestra tener una correcta sociabilidad. Quien no la solicita o la solicita exageradamente debe ser incentivado a adecuar su independencia en el trabajo.

- **CAPACIDAD PARA EXPRESAR CRITICAS O VALORACIONES:** La expresión de críticas y sentimientos negativos deben ser ajustadas y razonadas; si la crítica es razonable y justificada demuestra un grado adecuado de asertividad laboral. Si la crítica es desajustada y no razonada, se incentivará la adecuación de este déficit.

- **ADMINISTRACION DEL TIEMPO DE OCIO:** El ocio, el descanso durante la jornada laboral

es tan importante como la propia actividad laboral. El trabajador debe aprovechar el tiempo de ocio adecuadamente.

- **MANEJO DE LAS SITUACIONES ESTRESANTES:** Se tratará de ayudar al sujeto a manejar las situaciones estresantes que de hecho se pueden producir en el entorno laboral.

Apoyo a la Formación Profesional

Es evidente que un aspecto importante para facilitar la integración laboral de este colectivo es mejorar su formación y cualificación laboral que en gran parte de los casos es bastante escasa.

Así será importante ofrecer y organizar programas de formación profesional ocupacional adecuados a las características y especificidades de los enfermos mentales crónicos. En la medida de lo posible, se utilizara, y en su caso adaptará, la oferta de formación normalizada existente (p.ej. INEM, Organismos Autonómicos de Formación profesional).

La formación habrá de facilitar la mejora de la cualificación profesional de cada persona en relación a su objetivo vocacional que deberá ser realista y vinculado a posibilidades reales existentes en el mercado.

171

El proceso de rehabilitación laboral deberá servir de apoyo y complemento a la formación laboral. A través de la rehabilitación se podrá ayudar al usuario a elegir la oferta formativa más idónea a sus posibilidades y preferencias y a la realidad del mercado, asimismo se entrenarán aquellos hábitos de trabajo, habilidades sociales y destrezas cognitivas necesarias para la adecuada realización de la formación y se apoyará al usuario durante el proceso formativo. Se establecerá una estrecha colaboración y coordinación con los responsables de la oferta formativa en la que se integre el sujeto.

Habilidades de Búsqueda de Empleo

Antes de acceder al mercado laboral, muchos de los sujetos requerirán un proceso de entrenamiento de habilidades de búsqueda de empleo.

Ser capaz de buscar empleo implica un amplio y heterogéneo conjunto de habilidades y conocimientos de los que muchos de los enfermos crónicos carecen o presentan diversos déficits. Por ello, en el proceso de rehabilitación laboral se ofrecerá un programa de entrenamiento, ajustado a las necesidades y nivel de cada individuo, que lo haga más competente y autó-

nomo en la compleja tarea de buscar trabajo. En dicho programa se entrenarán, entre otros, los siguientes aspectos:

- Identificar y usar las fuentes de información existentes sobre ofertas de trabajo.
- Discriminar y seleccionar las ofertas que más se ajusten a sus intereses y posibilidades.
- Aprender a elaborar curriculums laborales.
- Escribir cartas de presentación y cumplimentar solicitudes.
- Identificar y realizar los trámites pertinentes (inscripción en el registro del INEM, etc.).
- Presentación y manejo de entrevistas laborales (explicar cualidades y méritos, responder a preguntas, hacer preguntas, solicitar aclaraciones, etc.).

Previo al enterenamiento habrá que conocer cuáles son los métodos, técnicas y habilidades que posee el sujeto a la hora de localizar y encontrar un empleo (Galilea y Colis, 1995):

- Cómo usa la información laboral, es decir, comprobaremos por medio de la observación, como maneja la prensa laboral, y la información en general de carácter laboral. Evaluamos el conocimiento que tiene de ella, así como la forma en que la usa.
- Localizar ofertas de trabajo; se le suministran diversos medios: prensa, revistas especializadas, anuncios, etc., para que localice las ofertas laborales.
- Discriminar y seleccionar ofertas de trabajo: queremos averiguar si sabe discriminar las ofertas más idóneas a sus posibilidades y conocimientos.
- Elaboración de C.V. y cartas de presentación, cumplimentar instancias, solicitudes, etc.: el usuario realizará estas tareas tras una sencilla explicación. Durante la ejecución el usuario recibe ayuda constante del profesional.
- Realizar los trámites pertinentes de acceso a recursos laborales: demanda del INEM, saber solicitar información, saber acudir a organismos, etc.
- Uso correcto del teléfono para concertar entrevistas laborales: mediante "role play" el usuario telefonea a una supuesta oferta laboral y debe pedir información sobre tipo de trabajo, funciones, horario, salario, etc. con la finalidad de obtener una entrevista laboral. El profesional

encargado de realizar esta evaluación en técnicas en búsqueda de empleo será quien registre estas habilidades.

- Manejo de entrevistas laborales: mediante la técnica de "role play" se realizará una entrevista laboral entre el profesional y el usuario; tras ella se podrán conocer aspectos como: contacto visual, tono, volumen de voz, afecto, posición corporal, comentarios positivos sobre experiencia laboral pasada, sobre intereses, preguntas que denoten interés, aclaraciones sobre el puesto, etc.

Con esta evaluación obtenemos información sobre cuáles son las habilidades y déficits en el área de técnicas de búsqueda de empleo.

Con el entrenamiento en técnicas de búsqueda de empleo se pretende que el usuario adquiera las habilidades y conocimientos necesarios para encontrar y acceder a un empleo.

En el desempeño adecuado de estas habilidades de búsqueda de empleo influyen además otros factores como: motivación para trabajar, experiencias laborales pasadas, expectativas profesionales, opinión de la familia respecto a su posible integración laboral y conocimiento del mercado laboral.

Apoyo al Acceso y Mantenimiento en el Puesto de Trabajo

Tras el proceso de intervención y entrenamiento en rehabilitación profesional-laboral muchos de los sujetos podrán estar en condiciones de desempeñar actividades laborales productivas de un modo más o menos normalizado.

Desgraciadamente las oportunidades de incorporarse al mundo laboral son escasas. En primer lugar el actual contexto de crisis y transformación económica y las altas tasas de desempleo que le caracterizan conforman un tremendo obstáculo a las posibilidades de encontrar y mantener un empleo normalizado.

En segundo lugar, otro obstáculo, es la escasez de opciones de empleo protegido (Centros Especiales de Empleo).

A pesar de todos estos obstáculos que exigen medidas políticas de fomento y creación de empleo, y de aumento de las oportunidades de integración en empleos normales; en el proceso de rehabilitación laboral, desde sus posibilidades, se desarrollará una labor dinámica que maximice las oportunidades de inserción laboral de los usuarios que tras pasar un

proceso activo y estructurado de rehabilitación profesional-laboral estén en condiciones de implicarse en actividades laborales.

Se ofrecerá apoyo y supervisión a los usuarios que hayan podido integrarse en alguna opción laboral con el fin de facilitar su adaptación al puesto de trabajo y ayudar a manejar los diferentes problemas que se planteen. Realizará, también, un seguimiento periódico de los usuarios a fin de valorar el mantenimiento de los logros obtenidos tras el proceso de rehabilitación y contribuir a solventar los problemas y dificultades que aparezcan.

Esta labor de seguimiento no se debe circunscribir sólo a los que se integren en algún trabajo, sino también a aquellos que no hayan podido hacerlo, de modo que les permita mantener lo conseguido y ofrecerles ayuda continuada en la tarea de buscar alguna oportunidad laboral que se ajuste a sus posibilidades.

4 ► Alternativas para la Inserción Laboral

Indicaremos a continuación, aquellas principales alternativas que se puedan barajar para alcanzar el objetivo final de todo proceso de rehabilitación laboral, esto es el acceso y mantenimiento en un empleo.

4.1. Inserción en el mercado laboral ordinario

El mercado laboral ordinario (MLO) constituye el contexto más habitual para la incorporación laboral de cualquier persona en nuestra sociedad.

Cuando ayudamos a individuos con enfermedades mentales crónicas a integrarse laboralmente, el MLO se convierte en una opción básica. Sin embargo, como hemos visto, este colectivo presenta importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo del mercado laboral. A pesar de estas dificultades la inserción en el MLO, por su carácter normalizado y normalizador, ha de ser una alternativa prioritaria.

El proceso de rehabilitación laboral pretende disminuir y compensar los handicaps y problemas que estas personas tienen para su integración laboral, permitiéndoles adquirir los hábitos, habilidades y conocimientos que les preparen para asumir y enfren-

tar las demandas y exigencias que supone la incorporación en el mundo del trabajo. La rehabilitación laboral no asegura el éxito en este objetivo pero si facilita y pone en mejores condiciones al enfermo mental para este paso.

De hecho, todo el proceso de rehabilitación laboral debe realizarse no sólo adecuándose a las características y situación de cada sujeto, sino también en estrecha relación a las circunstancias y especificidades del mercado laboral, en concreto de los tipos de puestos de trabajo que se hayan marcado como meta.

La rehabilitación no debe sólo preparar para la inserción laboral sino que asimismo también debe ayudar específicamente en este difícil proceso de búsqueda, acceso y mantenimiento en un empleo.

El programa "JOB CLUB" de Azrin (Azrin y Phillip, 1979; Azrin y Besalel, 1980) es una interesante experiencia de esta tarea de apoyar específicamente el proceso de inserción laboral en el mercado ordinario. El "Job Club" es un lugar donde los enfermos mentales, que han pasado por procesos de rehabilitación y que se plantean el objetivo de trabajar, reciben apoyo y asesoramiento. La lógica del programa podríamos resumirla en el lema "buscar trabajo es un trabajo en sí mismo", en él los enfermos se dedican específicamente y a tiempo completo a la tarea de buscar empleo. Tienen a su disposición información sobre ofertas laborales, disponibilidad de teléfonos para concertar entrevistas de trabajo, asesoramiento en la elección y valoración de las ofertas, apoyo para manejarse en las entrevistas de selección, etc.

Los resultados obtenidos por este programa son alentadores, logrando que el 56% de los participantes en el mismo consiguieron un empleo y el 67% de éstos lograron mantenerlo en un seguimiento de seis meses.

Ahora bien, estos datos son difíciles de extrapolar a nuestro contexto debido a las características específicas del mercado laboral en EEUU: menor tasa de paro (5%), enorme flexibilidad laboral, abundancia de empleos de baja cualificación y precarias condiciones salariales en el sector servicios, etc; lo que hace más fácil la integración laboral (aunque en precarias condiciones sociales y laborales).

En España la realidad laboral es más dura: altas tasa de desempleo, abundante oferta de mano de obra sobrecualificada, rigidez del mercado laboral y a la vez precarización y temporalización de las nuevas contrataciones, alta competitividad laboral, etc; todos

estos son elementos que hacen más complicada la inserción laboral de grupos con dificultades como el que nos ocupa.

De hecho, los resultados de (los escasos) programas para apoyar la integración en el MLO tiene resultados menos positivos que los obtenidos por Azrin en el "Job Club". En una experiencia en esta línea desarrollada en el Centro de Rehabilitación Psicosocial "Alcala de Henares" (dependiente del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid) durante 1994, la mitad de los integrantes del programa no consiguieron culminar ningún intento de inserción laboral, 22 participantes lograron acceder al mercado laboral pero el 66% de ellos lo hicieron en la economía sumergida, sólo 5 fueron contratados legalmente en empleos normales y nada más que 1 lo conservaba después de 1 año (Grande de Lucas y Fernández, 1995).

En este trabajo se encontraron asimismo diferencias con respecto al "Job Club" en relación a las fuentes o vías de información utilizadas para encontrar trabajo. Mientras que en este la mayoría encontraba empleo a través de anuncios en prensa o información de profesionales de la rehabilitación, en la experiencia del Centro de Rehabilitación Psicosocial "Alcala de Henares" gran parte lo obtenían mediante amigos o familiares, lo cual denota también una característica de la manera de buscar y encontrar trabajo en nuestro país basada en la información y apoyo de nuestro contexto social y familiar más próximo.

Por otro lado, según los datos del Centro de Rehabilitación Laboral (dependiente asimismo del anteriormente citado Programa de la Comunidad de Madrid) en 1992 de 41 usuarios atendidos 16, el 39%, lograron acceder a empleos del mercado laboral ordinario.

Aunque estas dos experiencias, indicadas como ejemplo, nos muestran las dificultades que en nuestro país existen para la inserción en el MLO de enfermos mentales, no debemos considerarlos demasiado negativos si tenemos en cuenta la situación de desempleo existente y los problemas que tiene muchos ciudadanos "normales" para encontrar trabajo.

El hecho de que para los enfermos mentales crónicos sea aún más difícil no debería hacernos caer en una especie de nihilismo, en una actitud negativa de "no se puede hacer nada". Todo lo contrario, estas dificultades deben hacer que redoblemos nuestros

esfuerzos para ofrecer buenos programas de formación, rehabilitación laboral y apoyo a la inserción y que reivindicemos con mayor fuerza medidas de promoción y apoyo para la contratación laboral de este colectivo.

El MLO con todos sus problemas y dificultades, es, nos guste o no, el principal referente que tenemos para intentar integrar laboralmente al enfermo mental crónico.

En el proceso de incorporación al mismo no sólo influyen las características y exigencias actuales del mercado laboral sino también determinadas condiciones o variables del propio enfermo o de su entorno familiar. Un motivación real para trabajar, expectativas realistas y ajustadas, tolerancia a la frustración, un contexto familiar que apoye, valore y refuerce los esfuerzos para buscar empleo, son algunos factores que hacen más probable el éxito en la búsqueda de trabajo o en todo caso lo facilitan. Asimismo un adecuado proceso de rehabilitación laboral permitirá preparar al sujeto para este difícil y costoso proceso de buscar y acceder a un empleo.

Por otro lado, a veces la percepción de pensiones, conforma un obstáculo para que el enfermo mental se arriesgue con la incertidumbre del mercado laboral. Este es un factor que habrá de tenerse en cuenta y deberán buscarse fórmulas más flexibles que permitan minimizar el efecto de desincentivación para la búsqueda de empleo que a veces suponen para el enfermo y para su familia.

En suma pues, la incorporación al mercado laboral ordinario supone una alternativa importante, aunque a veces ardua y compleja, para la inserción laboral de este colectivo.

Se debe ofrecer un apoyo específico a las personas que tras un proceso de rehabilitación se impliquen en la tarea de buscar y acceder a un empleo. En muchas ocasiones, los problemas no se concentran tanto en encontrar un trabajo como en adaptarse y mantenerse en el mismo. Las tensiones, exigencias de rendimiento, relaciones con compañeros o supervisores constituyen factores estresantes que pueden hacer abandonar o fracasar en el desempeño y adaptación al puesto. Por ello un elemento clave habrá de ser el ofrecer apoyo específico y seguimiento que ayude y facilite que el sujeto se adapte y se mantenga en el trabajo.

Una nueva aproximación denominada "**Empleo con Apoyo**" ha surgido con fuerza en los últimos

años y puede servir muy especialmente a los enfermos mentales crónicos para ayudarles en su esfuerzo por insertarse y mantenerse en empleos del MLO. Veámosla más detenidamente en el siguiente apartado

4.2. Empleo con Apoyo como fórmula de inserción en el mercado laboral ordinario.

La integración en el mercado laboral ordinario configura el principal instrumento de las personas, con discapacidades o no, para conseguir un empleo con sus correspondientes efectos y oportunidades: independencia económica, autonomía, reconocimiento social, identidad personal, interacciones y relaciones sociales, normalización ...

En la década de los 80 ha ido emergiendo con fuerza una nueva aproximación teórica y metodológica denominada **Empleo con Apoyo** ("Supported Employment"), que tiene como principal meta apoyar el acceso y mantenimiento en empleos reales y competitivos del mercado laboral ordinario de personas con discapacidades (Wheman y Kregel, 1989).

EL MODELO DE EMPLEO CON APOYO:

Premisas conceptuales y principales características:

Este modelo supone una aproximación conceptual y metodológica a los procesos de integración laboral de las personas con discapacidades, que ha ido adquiriendo gran relevancia en la última década. Aunque comenzó a desarrollarse en el ámbito de las personas con retraso mental, ha extendido la aplicación de sus principios y estrategias a otras poblaciones con diferentes discapacidades que sufren especiales dificultades para su inserción laboral: enfermos mentales crónicos, discapacitados físicos o sensoriales, etc. (Anthony y Blanch, 1989).

Su desarrollo parte de la extensión y aplicación al ámbito de la integración laboral, de los principios de Normalización e Integración. Desde la perspectiva del "Empleo con Apoyo" todas las personas incluso aquellas con graves discapacidades pueden realizar un trabajo significativo y productivo en los ambientes laborales ordinarios.

En coherencia con dichos principios, el eje de los procesos de inserción laboral se plantea a través de la incorporación a entornos laborales ordinarios y no en "ghettos" separados o contextos laborales específicos o protegidos, como un fin y a la vez un medio para facilitar interacciones sociales y personales nor-

malizadas que permitan maximizar el desarrollo de estilos de vida lo más normalizados e integrados socialmente.

La cuestión clave de este modelo es el concepto de "apoyo". El **apoyo** es la función esencial que es necesario articular para asegurar el acceso y mantenimiento de personas con discapacidades al mundo laboral. El problema no es crear contextos protegidos sino desarrollar un conjunto de apoyos flexibles e individualizados que permitan a estas personas ajustarse y desarrollar al máximo sus capacidades personales, sociales y laborales en los mismos contextos sociolaborales que el resto de la población.

La aproximación de Empleo con Apoyo supone un cambio de 180° frente a las perspectivas tradicionales utilizadas en los procesos de inserción laboral de personas con discapacidades.

Estas perspectivas se asientan en un conjunto de premisas básicas: **a)** Se distinguen dos clases de empleo, el empleo normal competitivo (sin apoyo) y el empleo "protegido" o en contextos específicos. **b)** Debido a la severidad de sus discapacidades y problemas se acepta que hay un porcentaje de personas que nunca podrán trabajar en contextos laborales normales y competitivos. **c)** El método fundamental para promover la inserción consiste en la secuencia "primero entrenar y preparar y luego colocar".

Frente a esto, el modelo de "Empleo con Apoyo" intenta superar estos planteamientos y sus limitaciones metodológicas en relación a su ajuste a las necesidades y posibilidades de las personas con discapacidades y a su eficacia.

Desde el modelo de "Empleo con Apoyo" no tiene sentido mantener a las personas con discapacidades excluidos del mercado laboral ordinario o segregadas en "ghettos laborales" solo de discapacitados. El problema no se plantea desde el apriorismo de la incapacidad para el trabajo de las personas más discapacitadas sino desde el reto de articular los apoyos específicos que les permitan acceder, ajustarse y mantenerse en trabajos reales y competitivos. Así mismo la metodología del "Empleo con Apoyo" invierte la secuencia tradicional "entrenar y preparar para después colocar", y considera que lo más idóneo y ajustado es formar, entrenar y apoyar a estas personas en tareas concretas dentro de un puesto laboral real.

El "Empleo con Apoyo" se define operativamente por varios elementos (Danley, 1993):

- Un trabajo competitivo y real en un contexto laboral ordinario e integrado.
- Un trabajo a tiempo completo o al menos 20 horas semanales a tiempo parcial.
- Con salarios equiparables al resto de los trabajadores no discapacitados.
- El lugar de trabajo ha de ser integrado, esto es la mayoría de los compañeros de trabajo no presentan discapacidades y los individuos con discapacidades no constituyen un grupo aparte.
- Se deben organizar un conjunto de apoyos flexibles, individualizados y continuados tanto con la personas discapacitada como con el entorno laboral.

Siguiendo a Verdugo y Jenaro (1993) se pueden sintetizar las principales características del Modelo de "Empleo con Apoyo" con las siguientes premisas:

1. Integración

La característica esencial del "Empleo con Apoyo" es la oportunidad que ofrece a las personas con discapacidades de trabajar junto a iguales sin discapacidad. La integración debe tener lugar a todos los niveles del trabajo tanto durante las horas productivas como durante las horas de descanso y de transporte o en actividades posteriores al trabajo.

En los programas de "Empleo con Apoyo" las personas con discapacidad se encuentran plenamente integradas en el proceso productivo general de la empresa. El trabajo no se realiza en un área especial, ni utilizan servicios específicos. Un modo de facilitar esta lógica de integración conviene limitar el número de personas con discapacidad empleadas en un determinado entorno.

2. Salarios y beneficios

Como ocurre con cualquier empleado, sus salarios deben estar en relación directa con la categoría profesional y el trabajo efectuado. Deben gozar de las mismas ventajas y beneficios sociales que el resto de los trabajadores de la empresa.

3. Emplazamiento en un lugar de trabajo real como paso previo al entrenamiento

A diferencia de los programas laborales tradicionales, el "Empleo con Apoyo" coloca a la persona en

un trabajo y es entonces cuando le ofrece entrenamiento, formación y apoyo directamente relacionados con la tarea a desempeñar a través de la figura clave de estos programas que es el Preparador Laboral.

4. "Rechazo Cero"

Con este concepto se pretende apostar no solo por aquellos con discapacidades leves sino especialmente apoyar a aquellas personas que habitualmente no se han beneficiado de los programas formativos y de inserción laboral tradicionales. Así pues, la gravedad de la problemática no debe constituir un criterio de selección para acceder a programas de "Empleo con Apoyo". Individuos con retraso mental moderado o severo, con enfermedades mentales crónicas, con importantes discapacidades físicas o sensoriales pueden y deben beneficiarse del "Empleo con Apoyo".

5. Apoyo flexible

El objetivo del "Empleo con Apoyo" es el de ofrecer una amplia gama de servicios de apoyo que permitan a estas personas funcionar y mantenerse como empleados productivos en el mercado laboral ordinario y con el mayor grado de integración social posible.

Los tipos de apoyo deben determinarse individualmente y caracterizarse siempre por su flexibilidad.

6. Apoyo continuado

Estas personas con discapacidades severas necesitarán algún tipo de apoyo variable a lo largo de su vida. Los servicios de empleo con apoyo deben ofrecer sus apoyos de un modo continuado que permita a estos trabajadores mantener su empleo.

En síntesis pues, el modelo de "Empleo con Apoyo" puede definirse como una aproximación teórica y metodológica para ayudar a las personas con discapacidades severas de distinto tipo para que puedan elegir, acceder y mantener un trabajo competitivo en el entorno laboral ordinario de manera que puedan beneficiarse de los efectos económicos, sociales y psicológicos que proporciona el trabajo, y ello mediante un sistema de apoyos flexibles, individualizados y continuados.

FASES Y ESTRATEGIAS DEL MODELO DE EMPLEO CON APOYO

El "Empleo con Apoyo" constituye un proceso metodológico de inserción laboral que comprende varias fases y estrategias de intervención y apoyo.

Las fases principales del proceso podrían sintetizarse como sigue:

1. Captación y búsqueda de empleo en el mercado laboral ordinario

Se trata de acercarse al mercado laboral, al mundo empresarial y captar su apoyo en el desarrollo del programa, permitiendo que los puestos de trabajo que necesiten puedan ser ocupados por personas con discapacidades.

Se trata además de ofrecer al empresario una serie de servicios de apoyo que le permitan contratar y mantener como trabajadores a estas personas con garantía de éxito.

Es necesario realizar una prospección del mercado laboral para conocer la realidad de las empresas y sus necesidades de trabajadores. Un factor determinante es, en primer lugar, que la empresa necesite nueva mano de obra. Otros factores influyentes a tener en cuenta para promover la implicación de los empresarios, son entre otros:

- El participar en un programa atractivo y estructurado.
- El conjunto de apoyos que ofrece el programa a través del Preparador Laboral, tanto a la persona como a la empresa.
- El dar la oportunidad a personas excluidas del mercado laboral de trabajar por primera vez y poder ser productivos.
- Los incentivos, bonificaciones o deducciones fiscales a que pueden tener derecho algunos tipos de contratos laborales.
- El talante de empresa moderna, solidaria y colaboradora.
- El aumento del prestigio e imagen social de la empresa.

2. Análisis del puesto de trabajo

Una vez captado y comprometido con el empresario un puesto de trabajo, es necesario realizar un análisis de las tareas concretas y habilidades específi-

cas que implica ese puesto de trabajo, así como el ritmo de producción y rendimiento que exige.

Hay que observar la situación del puesto dentro de la organización de la empresa y del proceso productivo de la misma.

En suma se debe realizar un análisis de las condiciones y requerimientos del puesto de trabajo desde los aspectos físicos, materiales o de producción y rendimiento y también muy especialmente desde los aspectos sociales. Es fundamental que el puesto de trabajo pueda ofrecer oportunidades de interacción social, que no sea un puesto aislado. Por ello también es importante valorar los requerimientos de interacción social que implica el puesto y las habilidades sociales que se necesitan para desenvolverse adecuadamente.

Conviene recordar que un programa de Empleo con Apoyo no busca solamente la integración laboral o productiva sino también la integración social. La incorporación a un trabajo normalizado es un medio para conseguir la inserción, realización y valoración social del individuo.

3. Evaluación, valoración y selección de candidatos

Paralelamente a las fases precedentes se debe ir estudiando y valorando a un grupo de potenciales usuarios candidatos entre los que más adelante se pueda seleccionar al que se ajuste mejor a los requisitos de los diferentes empleos que se capten.

Es importante no quedarse solo con una lista de los mejores, los más autónomos, los que casi no necesitan apoyo. Debemos recordar que este modelo de Empleo con Apoyo surge para ayudar especialmente a aquellas personas con discapacidades severas y moderadas que ni siquiera eran aptos para trabajar en un Centro Especial de Empleo.

Si bien por razones pragmáticas, muchos programas de Empleo con Apoyo cuando empiezan, buscan no fracasar y por ello existe la tendencia de colocar primero a los individuos que menos problemas presentan.

El proceso de valoración de candidatos debe orientarse hacia aquellas variables que aporten información sobre el nivel de habilidades y capacidades del individuo en el área personal, social y laboral y sobre sus necesidades específicas de entrenamiento y mejora.

Un elemento muy importante a tener en cuenta es el grado de apoyo y colaboración que le puede prestar al individuo su familia y su entorno social más próximo.

Cuatro son las condiciones básicas que se suelen exigir para acceder como candidatos a programas de Empleo con Apoyo:

- a. Que el sujeto muestre una motivación para ir a trabajar a una empresa del mercado ordinario.
- b. Que no presenten problemas graves de conducta.
- c. Que cuenten con una familia que haya demostrado una actitud colaboradora y que esté interesada en la integración laboral de su familiar.
- c. Que presente un nivel mínimo de autonomía personal.

Cuando un empresario ofrece un puesto de trabajo concreto, se debe hacer una selección del candidato más idóneo de entre los que tenemos previamente valorados en la lista de espera del programa.

178 Para esta selección se debe evaluar la compatibilidad entre las características y requerimientos del puesto de trabajo y las características, potencialidades y limitaciones de los candidatos.

Ello nos permitirá elegir a la persona que reúna mejor los requisitos exigidos, aquel que, aun con sus limitaciones presenta mejores habilidades, capacidades y aptitudes para adaptarse con éxito a ese puesto de trabajo.

4. Adaptación y entrenamiento en el puesto de trabajo

Esta es una fase esencial y característica de los programas de Empleo con Apoyo.

En los mismos, el Preparador Laboral, es la figura clave de este proceso. El Preparador Laboral es el profesional que analiza y controla todas aquellas variables que contribuyen a la adaptación del sujeto al puesto de trabajo así como al mantenimiento del mismo, asegurando en todo momento un rendimiento y una calidad del trabajo lo más óptimos posibles.

Este preparador laboral ayuda y apoya al sujeto en el propio puesto a adquirir las destrezas y habilidades propias del trabajo que ha de desempeñar. Así mismo trabaja para que el sujeto sepa desenvolverse en los ámbitos sociales de trabajo, transporte, horas de descanso, relación con compañeros. Y a todos los

aspectos que faciliten su integración sociolaboral y que aseguren su adecuado mantenimiento en el mismo.

Una vez entrenado y adaptado al puesto de trabajo, el Preparador Laboral se va retirando gradualmente del entorno laboral de la empresa para continuar después con un proceso de seguimiento y apoyo que constituye la última fase.

5. Seguimiento y apoyo continuado

Este será un elemento clave para favorecer el mantenimiento a largo plazo en el puesto de trabajo y para la solución de los problemas y dificultades que puedan ir surgiendo comprometiendo el rendimiento o la integración del usuarios dentro de su puesto y de la empresa.

En este proceso de seguimiento y apoyo continuado se deben realizar evaluaciones periódicas del rendimiento y calidad del trabajo que realiza el individuo y su ajuste e integración en la empresa.

Así mismo, se debe potenciar la implicación y apoyo de la familia para mantener el ajuste laboral del sujeto y potenciar los niveles de autonomía alcanzados. Y muy especialmente se debe asegurar un adecuado seguimiento a largo plazo que permita prevenir y corregir posibles desajustes, enseñar nuevas habilidades, atender situaciones de crisis o conflictos que aparezcan, etc.

En suma facilitar el apoyo preciso y flexible que garantice al máximo el mantenimiento y ajuste laboral en su puesto de trabajo y potencie su autonomía e integración social.

APLICACION DEL MODELO DE EMPLEO CON APOYO A LA INTEGRACION LABORAL DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES CRONICAS.

Como ya indicábamos anteriormente, el Modelo de Empleo con Apoyo surgió en el ámbito de las personas con retraso mental. Ahora bien sus principios y su metodología han ido extendiéndose a otros sectores de población con otro tipo de discapacidades que presentaban especiales dificultades para su integración laboral.

Esto ha ocurrido con la población enferma mental crónica, que sufre y presenta especiales barreras, dificultades y desventajas en su inserción en el mundo laboral (Trotter y otros, 1988).

En los últimos años de la década de los 80 se empezó, especialmente Estados Unidos, a aplicar el Modelo de Empleo con Apoyo como una fórmula útil y novedosa para favorecer el acceso y mantenimiento de enfermos mentales crónicos en puestos de trabajo competitivos del mercado laboral ordinario.

Esta aplicación también se empezó a utilizar en algunos países europeos (Holanda, Inglaterra) y aún muy tímidamente en España aunque más integrando enfermos mentales dentro de programas de empleo con apoyo dirigidos a minusválidos psíquicos, como en la experiencia de "Treball amb Support" de Mallorca (Bellver, Moll, Roselló y Serra, 1993).

De todos modos, el modelo de Empleo con Apoyo configura una alternativa que se puede adaptar a las especiales dificultades de la población crónica y servir para favorecer su integración laboral ordinaria.

Esta población tiene problemas para acceder a un puesto de trabajo (escasa motivación, objetivos laborales desajustados, imagen social negativa) y muy especialmente para mantener un puesto de trabajo (dificultades de manejo del estrés y la tensión asociada al rendimiento competitivo, aislamiento social, escasas habilidades de relación y manejo social, problemas asociados a la medicación, crisis recurrentes, etc.).

El modelo de Empleo con Apoyo por sus principios, lógica y metodología puede adaptarse muy bien a este colectivo y sus dificultades y ofrecer el apoyo real, concreto y específico que necesitan para su integración y mantenimiento en el mercado laboral ordinario favoreciendo su normalización, identidad y autoestima y mejorando su valoración e imagen social.

Algunos elementos específicos que habrán de tenerse en cuenta de cara a desarrollar programas de empleo con apoyo con enfermos mentales crónicos, son entre otros los siguientes

(Rodríguez y Sobrino, 1995):

- Se trata de un colectivo con una imagen social y un estigma mucho mayor y más negativa que el de los deficientes mentales. Por ello habrá que redoblar los esfuerzos de "marketing social" y de apoyo institucional para lograr implicar al mundo empresarial en la captación de puestos de trabajo. O incluso en algu-

nas ocasiones el empleo con apoyo será necesario articularlo de un modo discreto para evitar rechazos por parte de algunos empresarios.

- Se debe trabajar específicamente la motivación para el trabajo del enfermo mental que se pretende incorporar laboralmente. Es imprescindible más que "colocar" facilitar que ellos elijan y accedan a puestos de trabajo.

- Muchos de ellos antes de la incorporación a un puesto de trabajo y al entrenamiento en el mismo, deberán ser preparados en hábitos laborales básicos y de ajuste social al entorno laboral que faciliten su proceso de adaptación.

- Es fundamental organizar un apoyo intenso y flexible que asegure su mantenimiento y su rendimiento en el puesto de trabajo. Se deben prever e intervenir precozmente ante los problemas de tensión, relación con supervisores o compañeros. Así como prever la aparición de descompensaciones que puedan generar la pérdida del empleo.

- Un elemento clave será el apoyo y colaboración de jefes, encargados y compañeros que es necesario preparar y promover.

- La familia debe ser un elemento facilitador y por ello desde estos programas en colaboración con los servicios de salud mental y de rehabilitación se ha de trabajar y apoyar a las familias para que desempeñen un papel positivo de apoyo a la integración laboral y social.

- Debe haber una coordinación ágil y coherente de los servicios de salud mental y otros servicios de apoyo que respondan con rapidez a los problemas y apoyen a los preparadores laborales en su labor de seguimiento y apoyo a la integración en el trabajo.

- Se deben visibilizar socialmente los programas de empleo con apoyo que permitan demostrar la capacidad laboral y social de este colectivo y desmontar progresivamente su imagen negativa y el estigma social que le acompaña e impregna.

Para finalizar, el Modelo de Empleo con Apoyo es una alternativa coherente y útil para favorecer la integración laboral y la normalización y participación social de personas con discapacidades severas y también para enfermos mentales crónicos. Nos sitúa ante un reto desafiante tanto para la sociedad, y el mundo laboral como para los profesionales de la atención y rehabilitación de esta población: el reto de dar oportu-

tunidades efectivas para que puedan trabajar en empleos del mercado laboral ordinario como el resto de la población, y ofrecerles la posibilidad de recuperar su autoestima, su identidad social y de llevar una vida lo más digna e integrada posible.

4.3. Empleo protegido: Los Centros Especiales de Empleo

Otra alternativa a tener en cuenta de cara a la integración laboral de los enfermos mentales crónicos, es la del **Empleo Protegido** que en España se articula a través de la fórmula de los **Centros Especiales de Empleo** (CEE).

Los CEE se crean en nuestro país al inicio de la década de los 80 para intentar favorecer la interacción sociolaboral de los minusválidos. Su misión es intentar asegurar un empleo remunerado de aquellos minusválidos que no pueden acceder a un trabajo del mercado laboral ordinario y servir también como un medio de transición para prepararlos para su paso al mundo laboral normalizado.

180 Se crearon y definieron en la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI, Ley 13/1982 de 7 de Abril) que en su título VII los define como " aquellos (centros laborales) cuyo objetivo principal sea el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en operaciones de mercado y teniendo como finalidad la de asegurar un empleo remunerado...". En el Real Decreto 2273/1985 se regularon estos Centros Especiales de Empleo.

Se constituyen por tanto como empresas que operan en el mercado pero con unas características específicas que le dan su carácter de empleo protegido. Los CEE pueden tener titularidad pública, esto es, creados por la Administraciones públicas, o bien privada, promovidos por personas físicas jurídicas como por ejemplo: asociaciones de minusválidos.

Son empresas cuya plantilla ha de estar integrada en su práctica totalidad por personas que tengan reconocido al menos un 33% de minusvalía. Deben ser no sólo centros de trabajo regular y productivo sino que asimismo han ofrecer servicios de ajuste personal y social que favorezcan la mayor autonomía e integración social del minusválido.

Los CEE reciben diferentes subvenciones e incentivos: bonificación del 100% de la cuota empresarial a la Seguridad Social, subvención del coste salarial por un importe del 50% del salario mínimo

interprofesional, subvención de 2.000.000 de pts por puesto de trabajo creado, etc.

Durante la década de los 80 se crearon muchos CEE especialmente promovidos por el movimiento asociativo de minusválidos. Concretamente se ha pasado de 5.018 empleados en CEE en 1988 a 8.393 en 1992. En la Comunidad de Madrid existían en 1994, 1.352 trabajadores distribuidos en 51 CEE, de los cuales 648 (el 48% del total) presentaban una minusvalía psíquica, fundamentalmente deficiencia mental (CCOO, 1994).

La mayoría de los trabajadores minusválidos en CEE son de tipo físico, sensorial o deficientes mentales. Aunque no existen datos, se puede decir que los trabajadores en CEE con enfermedades mentales crónicas son escasos, ocupando un pequeño porcentaje del total.

Los CEE como fórmula de integración laboral de empleo protegido puede resultar interesante para nuestro colectivo a pesar de su escasa representación entre las plantillas de los CEE.

Aunque también, a la luz de la experiencia de estos años, conviene indicar algunas de sus dificultades o limitaciones, (González Yagüe, 1993; Sobrino y Rodríguez, 1995):

- Su carácter de empresas compuestas sólo por minusválidos, les confiere un carácter de cierto "ghetto" segregado del mercado laboral ordinario, pudiendo dificultar la integración y normalización de estos grupos de minusválidos.
- Muchos CEE han venido funcionando en zonas marginales de la economía, haciendo trabajos subsidiarios, temporales y de baja productividad para otras empresas, con los riesgos que ello supone.
- Ha faltado una adecuada gestión y planificación económica y empresarial. Muchos han surgido más a través del voluntarismo que de adecuados planes de viabilidad, estudios de mercado y organización empresarial, lo que lleva a que muchos se encuentren en situaciones muy precarias dependiendo para seguir tirando de las subvenciones que llegan tarde y que además tienen una función de apoyo e incentivo y no de solución a los problemas financieros, de mercado y de gestión de los Centros.
- Muchos han descuidado sus funciones de ajuste personal y social, y han funcionado como compartimentos estancos no favoreciendo la salida de los CEE al mercado ordinario de aque-

llos minusválidos más preparados y con mayor nivel de rendimiento.

- En suma, en muchos CEE ha fallado la adecuada planificación y gestión empresarial para mantenerlas como empresas viables. Asimismo muchas han obviado su función de apoyo a la integración y de medio de transición para la inserción laboral normalizada, cerrándose como "ghettos" segregados de minusválidos.

A pesar de todo esto, se plantea que con las debidas correcciones pueden y deben seguir existiendo los CEE como fórmulas de empleo protegido que faciliten la integración laboral de minusválidos. (CERMI, 1994).

Para nuestro colectivo los CEE deben ser una alternativa de inserción laboral que ha de ser tenida en cuenta y potenciada.

4.4. Creación de empleo:

Desarrollo de iniciativas empresariales de economía social

Por último quisiéramos indicar otra alternativa para la inserción laboral que está empezando a cobrar interés en los últimos años. Nos referimos a la fórmula de creación de empleo que puede incluir desde el autoempleo a la constitución de pequeñas empresas.

Ante un mercado laboral cada vez más limitado y un porcentaje creciente de personas en situación de paro o excluidas del mercado laboral, la creación de empleo se ha convertido en una línea básica de las políticas laborales.

En el caso de nuestro colectivo, empieza a fraguarse la necesidad de promover la creación de pequeñas empresas que buscando su viabilidad y competitividad en el mercado se comprometan con la contratación en su plantilla de enfermos mentales crónicos.

En otros países, como por ejemplo en Francia o en Italia, (Pittucco y Rotelli, 1994) vienen desarrollándose experiencias de creación de empresas ("empresas de inserción" en Francia, "Empresas sociales" en Italia) que han surgido para luchar contra la exclusión social y laboral de muchos grupos desfavorecidos (marginados sin hogar, jóvenes con fracaso escolar, ex-drogadictos, enfermos mentales, etc).

Se trata de empresas que combinan en un interesante equilibrio la dimensión empresarial (planes de viabilidad, gestión empresarial, competencia en el mercado, definición y oferta de productos de cali-

dad, etc) con la dimensión social de compromiso y apuesta por la recuperación sociolaboral y la participación social activa y útil de dichos grupos en situación de exclusión social.

Son empresas que fundamentalmente operan en el sector servicios o bien abriendo nuevas áreas de mercado en actividades socialmente útiles y susceptibles de participar en intercambios comerciales.

Algunas de estas fórmulas, como las empresas de inserción francesas, tienen como principal función servir como contexto de transición y recuperación laboral; en el caso de las empresas italianas se configuran como una nueva alternativa en el mundo empresarial vinculada al contexto de la economía social.

En España se está empezando a intentar promover la creación de empresas normales que integren en su plantilla a enfermos mentales.

En el marco de la Iniciativa Comunitaria Horizon (1991-1994) del Fondo social Europeo se han desarrollado algunas experiencias en este sentido.

En concreto en la Comunidad de Madrid se han desarrollado dos proyectos en esta línea. Uno promovido por el Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés que ha creado una pequeña empresa de fotocopias; y otro promovido por la entonces Consejería de Integración Social (actual Consejería de Sanidad y Servicios Sociales), en el marco de su Programa Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica, que ha impulsado la creación de una empresa de viverismo de planta autóctona y jardinería (HORIZON FORESTAL, S.L.).

Estas experiencias pretendían experimentar la posibilidad de crear pequeñas empresas que compitieran en el mercado y que integrarían como parte de su plantilla a enfermos mentales que habían sido formados específicamente y de un modo paralelo al proceso de constitución de las iniciativas empresariales.

Se buscaba que pudieran ofertar servicios o productos de calidad en áreas de mercado con futuro o en expansión y a la vez se pretendía favorecer su viabilidad a través de apoyar que parte de su mercado fuera proporcionado por las Administraciones Públicas promoviendo su contratación por parte de aquellos Organismos o Entidades que necesitasen los productos o servicios ofertados por estas pequeñas empresas. No se trata tanto de que tuvieran una especie de mercado cautivo sino de que en las contrataciones públicas a igualdad de precio y calidad se primara la adjudicación a estas empresas comprometidas con la

integración laboral de enfermos mentales o de otros grupos desfavorecidos.

A pesar de lo interesante de estas experiencias, la creación y viabilidad de estas empresas se ve dificultada por los problemas de financiación y de mercado con que se encuentran.

Otro factor clave para su viabilidad y adecuado funcionamiento es la necesidad de contar con gerentes con buena formación empresarial. Asimismo hay que destacar las dificultades legales existentes para poder discriminar positivamente a este tipo de empresas en los contratos con la Administración Pública.

De otro lado, no debemos olvidar que se trata de crear empresas que se mantengan en el mercado, un mercado duro y competitivo, y a la vez que intenten integrar a enfermos mentales que presentan problemas de rendimiento o desempeño laboral. Por ello habrán de organizarse plantillas mixtas en donde trabajadores "normales" y trabajadores "enfermos mentales" se apoyen y complementen.

Esta fórmula de creación de empresas supone un reto interesante, complejo y difícil pero a la vez necesario. Crear empresas es ya de por sí complicado y 182 crear empresas con parte de sus trabajadores enfermos mentales lo es aún más. Sin embargo, en estos tiempos de paro y crisis laboral, es una política prioritaria.

Para ello se necesita la implicación conjunta tanto de la Administración para promover y apoyar estas fórmulas empresariales, como también de la iniciativa social o del movimiento asociativo de familias y enfermos mentales que deben asumir este reto y liderar la creación de empresas, asimismo, es necesario contar con la colaboración de los agentes sociales (Empresarios, Sindicatos, Administración).

A pesar de que en España aún son muy escasas las experiencias en este sentido, consideramos que constituye una alternativa que tendrá un peso cada vez más importante en el futuro como medio para la integración laboral de los enfermos mentales crónicos.

5 ► A modo de conclusiones

En este trabajo hemos intentado hacer un repaso sobre las dificultades que sufren los enfermos mentales en su inserción laboral.

A pesar de que no todos pueden o podrán trabajar, si, de hecho muchos jóvenes crónicos podrán iniciar su proceso de integración laboral.

La rehabilitación laboral constituye un área de creciente importancia dentro del campo de la rehabilitación integral y la atención comunitaria a esta población. Su objetivo es preparar al enfermo mental crónico para su acceso y mantenimiento en el mundo laboral mediante la adquisición o recuperación de aquellos hábitos, habilidades y conocimientos que faciliten este proceso. Para ello se trabaja en diferentes ámbitos de intervención: orientación vocacional, entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales de ajuste al entorno laboral, entrenamiento en busca del empleo, apoyo a la formación laboral y apoyo a la inserción y mantenimiento en el puesto de trabajo.

La rehabilitación laboral no sólo es un paso previo a la inserción sino también un medio para hacer posible y factible la misma.

La inserción laboral es una tarea ardua y difícil, especialmente en un contexto económico y laboral como el presente. Para facilitarla son necesarios procesos de apoyo específico, así como poder contar con diferentes opciones laborales.

Hemos repasado y sintetizado algunas de las principales alternativas para la inserción laboral del enfermo mental crónico que pueden ser barajadas para buscar aquella que en la medida de las posibilidades mejor se adecúe a cada caso.

Aunque existen alternativas la realidad aún es muy dura y complicada, con escasas e insuficientes opciones reales mientras que muchos enfermos mentales siguen esperando a la puerta del mercado laboral o se resignan a su condición de ciudadanos excluidos del mundo productivo y a su etiqueta de incapacitados.

Las dificultades existentes deben hacer que tanto los profesionales de la rehabilitación como los gestores y políticos, como las familias y los propios enfermos, aúnen sus esfuerzos para abrir huecos en el mundo laboral que permitan a los enfermos mentales integrarse en él y demostrar sus potencialidades.

Son necesarios esfuerzos sostenidos para aumentar y diversificar los programas de formación profesional y de rehabilitación laboral para este colectivo. Y es aún más necesario ampliar las oportunidades y las alternativas para su inserción laboral: apoyando su incorporación en el mercado laboral ordinario con programas de "empleo con apoyo", potenciando y modernizando los CEE como fórmula de empleo protegido, apoyando la creación de nuevas

iniciativas empresariales que combinen la dimensión económica y la social y que favorezcan la contratación de enfermos mentales.

Son por tanto, muchos los retos planteados, pero la historia de este colectivo ha estado plagada de incompreensión, marginación o abandono y merecen que avancemos para darles oportunidades reales de integrarse socialmente, y como se sabe, trabajar es la mejor manera de integrarse y participar activamente en nuestra sociedad.

6 ► Bibliografía

- Anthony, W.A. y Jansen, M.A. (1984): "Predicting the Vocational Capacity of the Chronically Mentally Ill: Research and Policy Implications". American Psychologist. Vol.39,5, Mayo.

- Anthony, W.A. (1984): "Vocational Rehabilitation of the Psychiatrically Disabled". En Mirabi, R: (ED): The Chronically Mentally Ill. Research and Services. N.Y. Sage, Pub.

- Anthony, W.A.; Cohen, M.R. and Danley, K.S. (1988): "The Psychiatric Rehabilitation Model as Applied to Vocational Rehabilitation". En J.A. Ciardiello and M.D. Bell (eds): Vocational Rehabilitation of Persons with Prolongued Psychiatric Disorders. Baltimore, Johns Hopkins University Press.

- Anthony, W.A., Blanch (1987): "Supported Employment for Persons Who are Psychiatrically Disabled: An Historical and Conceptual Perspective". Psychosocial Rehabilitation Journal. Vol. XI nº 2, p.5-21.

- Anthony, J.L.; Hogan, T.P. y Bucosky, C.M. (1990): "Quality of life in chronically mentally ill patients in day treatment". Psychological Medicine, 20, 703-710.

- Anthony, W.A. (1994): "Characteristics of people with psychiatric disabilities that are predictive of entry into the rehabilitation process and successful employment outcome". Psychosocial Rehabilitation Journal, 17(3), 3-13.

- Azrin, N.H. y Phillip, R.A. (1979): "The job club method for the job handicapped: A comparative outcome study". Rehabilitation Counseling Bulletin, 23, 144-155.

- Azrin, N.H. y Besalel, V.H. (1980): Job Club Counselors Manual: A behavioral approach to voca-

tional counseling. Baltimore. University Park Press.

- Bellamy, G.T., y otros (1988): Supported Employment. Baltimore, Paul Brookel Pub.

- Bellver, F; Moll, B; Roselló R; Serra, F. (1993): "El Empleo con Apoyo: Un recurso eficaz para la inserción sociolaboral de personas con minusvalía". Siglo Cero. Vol.24 (3) nº 147, Mayo-Junio, p. 15-24.

- Bolton, B. (1988) : "Vocational Assesment of Persons with Psychiatric Disorders" in J.A. Ciardiello and M.D Bell (eds). Vocational Rehabilitation of Persons with Prolongued Psychiatric Disorders. Baltimore. Johns Hopkins University Press.

- Bond, G.R. y McDonell, E. (1991): "Vocational Rehabilitation Outcomes for Persons with Psychiatric Disabilities". Vocational Rehabilitation, 1(3), 9-20.

- Bond, G.R. y Friendmeyer, M.H. (1987): "Predictive validity of situational assessment at a psychiatric rehabilitation center". Rehabilitation Psychology, 32, 99-112.

- Bond, G. (1992): "Vocational Rehabilitation" en R.P. Liberman (ed): Handbook of Psychiatric Rehabilitation. Boston. Allyn and Bacon Pub.

- CERMI (1994). Plan para la reactivación de empleo de las personas con discapacidad. Madrid. 183
Escuela Libre Editorial.

- Ciardiello, J.A y Bell, M.D. (eds)(1988): Vocational Rehabilitation of Persons with Prolongued Psychiatric Disorders.

Baltimore. Johns Hopkins University Press.

- CC.OO. (1994). Informe sobre el seguimiento de la integración laboral del discapacitado/a en las distintas modalidades de Empleo 1993.

- Danley, K. (1993): "Supported Employment for people with psychiatric disabilities". Conferencia Internacional "Emprego Apoiado en Meio Competitivo di Trabalho", Lisboa, Portugal.

- Galilea, V. y Colis, J. (1995): "Problemática y dificultades que sufren las personas con problemas psiquiátricos crónicos en su integración laboral". En Varios Autores: Integración Laboral de Personas con Problemas Psiquiátricos Crónicos: De la Rehabilitación al Empleo. Ponencia marco presentada en el I Congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. Madrid, 22 y 23 de Mayo de 1995.

- González Cases, J. y Orviz García, S. (1994): "Rehabilitación e integración laboral de personas con problemas psiquiátricos crónicos". Rev. Intervención Psicosocial, Vol. III, Nº 8, pp.141-147.

- González,J.; Orvz,S.; Blanco,A.; Pastor,A.; Galilea,V. y Colis,J. (1995): " Filosofía de la Rehabilitación Laboral" en Varios Autores: **Integración Laboral de Personas con Problemas Psiquiátricos Crónicos: De la Rehabilitación al Empleo**. Ponencia marco presentada en el I Congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. Madrid, 22 y 23 de Mayo de 1995.
- González Yagüe, A. (1993). "Centros Especiales de Empleo. Un modelo de empresa revisable". **Siglo Cero**. Vol. 25 (3) nº 148, Julio-Agosto, pag. 49-53.
- Grande de Lucas,A. y Fernández y Fernández, J. (1995): " El Proceso de Inserción en el Mercado Laboral Ordinario". En Varios Autores: **Integración Laboral de Personas con Problemas Psiquiátricos Crónicos: De la Rehabilitación al Empleo**. Ponencia marco presentada en el I Congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. Madrid, 22 y 23 de Mayo de 1995.
- Harvey, E., Wissusik, D., Collier, R., Stackman, D. y Burkeman, D. (1994): "Correlations Between Psychiatric Disabilities and Vocational Outcome". **Hospital and Community Psychiatry**, 43(4), 365-369.
- Instituto Madrileño de Formación (1994): **Modulo de Orientación Vocacional**. Madrid. IMAF.
- Jacobs, H.E. (1988/1993): "Rehabilitación ocupacional" En R.P. Liberman (Ed.): **Rehabilitación integral de enfermo mental crónico**. Barcelona. Martínez Roca.
- Jansen, M.A. (1988): "The Psychological and Vocational Problems of Persons with Chronic Mental Illness" in J.A. Ciardiello and M.D. Bell (eds) opus cit.
- Ley 13/1982, de 7 de Abril, de Integración Social de Minusválidos.
- Liberman.R.P. (1988/1993): **Rehabilitación Integral del enfermo mental crónico**. Barcelona. Martínez Roca.
- Lipsedge, M. y Summerfield, A. (1987): **The Employment Rehabilitation Needs of the Mentally Ill**. Final Report to the Manpower Services Comission. London.
- Lehman, A.F.; Ward,N.C. y Linn, L.S. (1982): "Chronic mental patients: the quality of life issue". **American Journal of Psychiatry**, 139, 1271-1276
- Mancuso, L.L. (1990): " Reasonable Accommodation for Workers with Psychiatric Disabilities". **Psychosocial Rehabilitation Journal**, 14(2), 1-19.
- Moryl,S.A.y Bond,G.R.(1989): " Situational assesment rating of work behaviors: Changes across time and between setting". **Psychosocial Rehabilitation Journal**, 17 (2), 106-119.
- Mueser, K.T.; Liberman, R.P. (1988): "Skills Training in Vocational Rehabilitation" in J.A. Ciardiello y M.D. Bell (eds): opus cit.
- Orviz García, S. y González Cases, J. (1992): " Integración laboral de personas con problemática psiquiátrica crónica". **JORNADAS INTERNACIONALES DE REHABILITACION PSQUIATRICA Y ESTRUCTURAS INTERMEDIAS**. Oviedo, España.
- Orviz García, S. y González Cases, J. (1994): " Factores que correlacionan con incorporación y mantenimiento laboral en personas con problemas psiquiátricos crónicos. Revisión bibliográfica". **II JORNADAS DE LA ASOCIACION MADRILEÑA DE REHABILITACION PSICOSOCIAL: "TIEMPO DE REHABILITACION"**. Madrid, España.
- Pastor,A y Blanco,A. (1995): " Evaluación en Rehabilitación Laboral". en Varios Autores: **Integración Laboral de Personas con Problemas Psiquiátricos Crónicos: De la Rehabilitación al Empleo**. Ponencia marco presentada en el I Congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. Madrid, 22 y 23 de Mayo de 1995.
- Pittucco,F y Rottelli, F. (1994): " La Empresa Social de Trieste". **Psiquiatría Pública**, 6,1.
- Real Decreto 1368/1985, de 17 de Julio, por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajan en los Centros Especiales de Empleo (BOE nº 189, de 8 de Agosto).
- Real Decreto 2273/1985, de 4 de Diciembre, que regula los Centros Especiales de Empleo de minusválidos.
- Rodríguez,A. y Sobrino,T. (1995): " El Empleo con Apoyo como formula de inserción en el mercado laboral ordinario". En Varios Autores: **Integración Laboral de Personas con Problemas Psiquiátricos Crónicos: De la Rehabilitación al Empleo**. Ponencia marco presentada en el I Congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. Madrid, 22 y 23 de Mayo de 1995.
- Rodríguez Moreno, M. (1986). **Modelos de orientación profesional en el aula**.Barcelona. Ed. OIKOS-TAU.Colección "Cuadernos Ciencias de la Educación".
- Rogers, E.S.; Anthony,W.A. y Toole, J.

(1991):” Vocational Outcomes. Following Psychosocial Rehabilitation. A Longitudinal Study of the Three Programs”. Vocational Rehabilitation, 1(3), 21-29.

- Skantze,K. y otros (1992):” Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients”. British Journal of Psychiatry, 161, 797-801.

- Sobrino, T. y Rodríguez,A. (1995): “ Empleo protegido: Los Centros Especiales de Empleo”.En Varios Autores: **Integración Laboral de Personas con Problemas Psiquiátricos Crónicos: De la Rehabilitación al Empleo**. Ponencia marco presentada en el I Congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. Madrid, 22 y 23 de Mayo de 1995.

- Trotter, S.; Minkoff, K.; Harrison, K.; Hoops, J. (1988): “Supported Work: An Innovative Approach

to the Vocational Rehabilitation of Persons Who Are Psychiatrically Disabled”. Rehabilitation Psychology. Vol. 33, nº1,p.27-35.

- Verdugo, M.A.; Jenaro, C. (1993): “ El Empleo con Apoyo: Una nueva posibilidad laboral para Personas con discapacidad”. Siglo Cero. Vol. 24 (3), nº 147, Mayo-Junio, p. 5-12.

- Watts.F. y Bennett.D. (1983/ 1990). Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y Práctica.México. Ed. LIMUSA.

- Watts, F. (1.983/1.991): “Empleo” en F. Watts y D. Bennett (ed): Teoría y Práctica de la Rehabilitación Psiquiátrica. Méjico. Limusa.

- Wehman, P.; Kregel, J. (Eds) (1989): Supported Employment for Persons with Disabilities. Focus on Excellence. New York. Human Science Press.



3

▼ Dispositivos de rehabilitación psiquiátrica ▲



15 • El centro de rehabilitación psiquiátrica	
Sergio Rebolledo	189
16 • Pisos protegidos. Una experiencia en rehabilitación	
Marisé Rodríguez Moreira	215
17 • Las unidades de estancia media y rehabilitación	
María José Lobato Rodríguez	219

El centro de día de Rehabilitación Psiquiátrica

Sergio Rebolledo Moller

0. Introducción

0.1 Cobertura

0.2 Desarrollo e implantación

0.2.1 Por hospitales psiquiátricos

0.2.2 Por organizaciones ciudadanas

1. El Centro de Día

1.1 Definición.

1.2 Requisitos de acceso

1.3 Objetivos del Centro.

1.3.1 Objetivos de rehabilitación

1.3.2 Objetivos de apoyo a la reinserción social

1.4 Relaciones funcionales del Centro de Día.

1.4.1 Área sanitaria de referencia

1.4.2 Coordinación con las Unidades de Salud Mental

1.4.3 Comisión de rehabilitación del área

1.4.4 Coordinación con Servicios Sociales

1.5 Contextos comunitarios.

1.5.1 Zonas Básicas de Salud

1.5.2 La Comunidad Autónoma de Galicia y sus recursos.

2. El equipo del Centro de Día.

2.1 Personal.

2.2 Coordinación del equipo.

2.3 Formación y entrenamiento del equipo.

2.4 La acción tutorial del equipo.

2.5 Archivos y documentación.

3. Habilitación de espacios en el Centro de Día.

4. Organización del plan de actividades.

4.1 Tipos de actividades.

4.2 Organización temporal de las actividades.

4.3 Evaluación funcional de los pacientes.

4.3.1 Información que remite la Unidad de Salud Mental.

4.3.2 Áreas de evaluación :

4.3.3 Recursos para la evaluación

4.3.4 Los planes individualizados de rehabilitación

4.4 Metodología de las actividades.

4.5 El Programa de Prerequisitos.

4.6 Programación de actividades.

5. Cronograma en la atención del caso.

0 ► Introducción

0.1 Cobertura

Según un estudio piloto que hemos realizado en el REGISTRO DE CASOS DEL SERVICIO GALEGO DE SAUDE MENTAL en un área donde éste registro es más completo y abarca un período de 2 años, encontramos que el 29,2 % de los casos registrados tienen un diagnóstico de Esquizofrenia o de trastornos de personalidad esquizoide. El estudio de la población ingresada por largos períodos y la literatura epidemiológica, nos indica que son estos trastornos los que terminan engrosando el número de pacientes asilados en grandes hospitales psiquiátricos. Mantenerlos en la comunidad, exige una gama de servicios diferentes y ofertados durante un tiempo prolongado.

Estudios realizados en otras Comunidades Autónomas, señalan que este tipo de población consume alrededor del 20% de las consultas de los Centros de Salud Mental. Y en las Unidades de Hospitalización Breve, en un año, representan el 74% de los casos hospitalizados. Constituye una población cronicada que ya ha utilizado antes el mismo tipo de servicio asistencial, son los llamados pacientes de “puerta giratoria” que no parecen beneficiarse de los tratamientos (farmacoterapéuticos y psicoterapéuticos), presentan frecuentes recidivas y probablemente si sean los pacientes que más se benefician de prestaciones y servicios de rehabilitación, reinserción y mantenimiento en la comunidad.

Los dispositivos en Salud Mental definen su actuación en el marco sanitario y conceptualizan los problemas usando el modelo médico y psicoterapéutico. La existencia de la población crónica, que en términos operativos podemos definirla como aquella que lleva un tiempo prolongado demandando Servicios de Atención en Salud Mental, demuestra la necesidad de potenciar los dispositivos de tercer nivel, donde los programas de rehabilitación y reinserción social, vengan a completar la oferta asistencial.

Las estrategias de rehabilitación y reinserción surgen de considerar las consecuencias que una situación crónica tiene sobre el desempeño social del individuo que la padece. Que ve así limitado el ejercicio de diferentes roles sociales, creándose una situación de desviación y marginación social.

La expresión funcional de la pérdida de roles sociales está señalada, por un lado, por las discapacidades que presenta el individuo (falta de habilidades sociales, pérdida de actividades de la vida diaria, pérdida de habilidades ocupacionales, entre otras), y por otro lado por las minusvalías sociales a que se ve finalmente sometido (falta de recursos económicos, de vivienda, pérdida o falta de empleo, bajo nivel cultural). La adecuada evaluación del caso requiere también del estudio del impacto de ésta situación sobre el núcleo familiar en que está inserto el sujeto.

Para incidir sobre estas consecuencias de la enfermedad mental la rehabilitación psiquiátrica supone programas de entrenamiento para habilitar en el individuo recursos personales, que favorezcan su desempeño social. Y la reinserción, la articulación de recursos que permitan la incorporación del individuo a los ambientes familiares, residenciales, ocupacionales, lo más normalizados posibles. Así como el reconocimiento de los problemas y el apoyo necesario al núcleo familiar que en definitiva sostiene al sujeto discapacitado.

Tal como plantea el DOCUMENTO DE BASES PARA A ELABORACION DO PLAN GALEGO DE SAUDE MENTAL, en el párrafo 3.2.4 “a rehabilitación é o intento de proporcionar ó paciente o mellor papel comunitario posibel que o capacite para conquerilo máximo rango de actividades que sexa capaz e compatible cos seus intereses e personalidades; a rehabilitación así entendida no pode concebirse como un progreso aislado senón que debe estar xa presente dende o primeiro contacto do usuario co E.A.P. ou U.S.M.; unha boa parte do quefacer asistencial dos Centros de Saúde Mental, hospitais de día e outros dispositivos pode ser considerado nun sentido máis amplo como medidas ou programas rehabilitadores. Nalgunhas áreas pode estar xustificada a existencia de dispositivos e equipos especialmente dedicados a éste cometido en cuio caso a súa actuación desenrolaráse en estreita interrelación cos Servicos Sociais e cos departamentos que teñan competencias na vida laboral”.

En la experiencia recogida de otros procesos de reforma de la asistencia psiquiátrica se ha observado con claridad la necesidad de contar con estos DISPOSITIVOS INTERMEDIOS ESPECIFICOS DE REHABILITACION situados en un tercer nivel asistencial y especializados en la realización de planes individualizados de rehabilitación en estrecha coordi-

nación con los equipos de salud mental, situados en un segundo nivel asistencial. Es necesario que la rehabilitación comience y se oferte en éste segundo nivel, de atención especializada en salud mental, pero parece también necesario que exista un tercer nivel al cuál derivar el caso para programas más intensivos.

Es por ello que en éste capítulo vamos a consignar las posibles características y exigencias de un dispositivo especializado en la rehabilitación psicosocial de enfermos mentales crónicos.

Nuestro objetivo es plantear unas generalidades que puedan servir de guía para la implantación efectiva, de Centros de Día, por parte de la administración y también para la elaboración de criterios a la hora de concertar y acreditar dispositivos de titularidad privada pero que accedan a subvenciones públicas y se integren en la red pública de servicios de salud mental.

0.2 Desarrollo e implantación:

Dado el actual desarrollo de la reforma psiquiátrica en Galicia existirían dos vías para el desarrollo e implantación de estos dispositivos intermedios de rehabilitación:

0.2.1 CENTROS DE DÍA DE REHABILITACION PSIQUIATRICA ORIGINADOS POR LOS PROCESOS DE REFORMA DE LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS

Los procesos de reforma en que actualmente se encuentran comprometidos los grandes hospitales psiquiátricos de Galicia les ha llevado a crear, con diferentes grados de desarrollo tareas de desinstitutionalización y reinserción de enfermos mentales crónicos asilados. Con ello han reformado sus estructuras de soporte ocupacional y de cuidados orientados a la enseñanza de habilidades a los pacientes. Este hecho constituye un positivo punto de partida para la implantación de Centros de Rehabilitación que sigan el cuidado comunitario de estos pacientes y de los nuevos ambulatorios.

Considerando que los grandes hospitales psiquiátricos de la Comunidad Autónoma Gallega poseen importantes recursos materiales (talleres, herramientas, edificios, terrenos) y humanos (jefes de taller, auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales, entre otros) se hace imprescindible su utilización a la hora de crear estos Centros de

Rehabilitación. Para ello hay algunos hospitales que están en un medio urbano (caso de Conxo) otros alejados y requieren solucionar el problema del transporte.

0.2.2 CENTROS DE REHABILITACION Y OTROS DISPOSITIVOS INTERMEDIOS SURGIDOS POR INICIATIVAS CIUDADANAS.

Dado que la administración pública no puede cubrir todas las necesidades de cuidados psicosociales de los enfermos mentales crónicos y de sus familias es necesario abrir una política de estímulo a las iniciativas de asociaciones de familiares y también de profesionales para la creación y mantenimiento de diversas estructuras : Centros de Rehabilitación Psicosocial, Laboral, Clubes Sociales, Pisos alternativos, entre otras.

Es necesario por tanto elaborar unos criterios de acreditación y concertación de estos dispositivos para poder ser utilizados en forma coherente y terapéutica por la red pública de servicios de salud mental.

1 ► EL CENTRO DE DÍA DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

1.1 Definición

El Centro de Rehabilitación Psicosocial se concibe como una Unidad Asistencial especializada en la rehabilitación de personas con enfermedades mentales de curso declarado crónico por los Servicios de atención en Salud Mental.

Admite pacientes de 18 a 65 años derivados por los equipos de las Unidades de Salud Mental de sus Áreas de referencia. En este momento, en la Comunidad Autónoma de Galicia no todas las áreas se encuentran estructuradas en una red de servicios de salud donde la puerta de entrada al sistema sea siempre Atención Primaria y el acceso a los Servicios de Salud Mental sea por derivación del médico de cabecera y que por tanto el acceso a los servicios de rehabilitación sea sólo a través del equipo de la Unidad de Salud Mental. Otro aspecto es el de la continuidad del tratamiento junto al proceso de rehabilitación. Aquí asumiremos que el tratamiento debe seguir siendo dispensado por el terapeuta del equipo de la Unidad de Salud Mental. Los pacientes son aten-

didos en régimen de día y con un plan individualizado de rehabilitación y reinserción cuya realización debe darse en estrecha coordinación con el Centro de Salud Mental, los Servicios Sociales del Distrito y los recursos comunitarios ocupacionales, educacionales, de ocio y tiempo libre, residenciales y otros.

El Centro de Día puede considerarse, el vértice coordinador y programático de otras prestaciones rehabilitadoras, como pueden ser Talleres Ocupacionales y de Rehabilitación Laboral, Pisos Protegidos, Clubes Sociales. Y también en relación a la utilización por los pacientes de medios y recursos comunitarios normales.

Las prestaciones del Centro de Rehabilitación en cada caso que se atiende, se elaboran con los equipos de las Unidades de Salud Mental que derivan el caso. Y las tareas de rehabilitación y reinserción se ven promocionadas por las actuaciones del Equipo de Asistencia Social y otros recursos de la comunidad.

El Centro de Rehabilitación está, por tanto, inserto en la red de atención en Salud Mental y Servicios Sociales y obedece a la planificación de estos Servicios en la Comunidad Autónoma de Galicia. Con la especificidad de constituir una atención de tercer nivel que sirve a los Programas de Rehabilitación y Reinserción Social de pacientes ambulatorios y al Programa de Desinstitucionalización de pacientes ingresados.

1.2 Requisitos de acceso al Centro de Día.

Son usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial personas que están siendo atendidas en la Unidad de Salud Mental de su área y que son derivadas a éste dispositivo por sufrir discapacidades en aspectos importantes de la vida diaria, tales como : higiene personal y autocuidado, adhesión al tratamiento, relaciones interpersonales, actividades recreativas, falta de soporte ocupacional o laboral.

Podemos considerar como requisitos de acceso al Centro de Rehabilitación :

- Tener un repertorio mínimo de habilidades de autonomía. Aunque se establece un programa de prerequisites para facilitar la incorporación de los casos nuevos y casos muy discapacitados.
- No presentar conductas frecuentes e intensas de hetero y autoagresividad.
- No presentar procesos orgánico-cerebrales progresivos.

- No tener drogodependencia ni alcoholismo.
- Tener entre 18 y 65 años.
- Vivir en el territorio delimitado para las áreas sanitarias de referencia del Centro de Día.

1.3 Objetivos del Centro de Día.

1.3.1 Objetivos de Rehabilitación:

- 1 Coordinar con las Unidades de Salud Mental de su área de referencia los planes individualizados de rehabilitación y reinserción de los pacientes remitidos por esos Servicios al Centro de Rehabilitación.
- 2 Evaluar y valorar:
 - a. Evaluación de pacientes desde el punto de vista de sus necesidades en rehabilitación psiquiátrica.
 - b. Valoración de los ambientes y contextos en que viven los pacientes (institucionales, familiares, otras alternativas residenciales, ocupacionales, interaccionales, etc.).
 - c. Valoración de los programas y actividades de rehabilitación que se desarrollan en el Centro de Rehabilitación como elemento de retroalimentación imprescindible para mejorar las prestaciones que se ofertan.
- 3 Creación y desarrollo de planes individualizados de rehabilitación y reinserción. Operacionalizándolos por áreas de intervención y actividades a realizar con cada paciente. Presentando el plan individualizado, al paciente, en forma de contrato. Estos planes individualizados tendrán algunos de los siguientes objetivos específicos :
 - a. Adquirir o recuperar habilidades y competencias de la vida diaria. Que posibiliten una mejor adaptación del paciente a su medio natural y a las exigencias de éste.
 - b. Prevenir el riesgo de institucionalización.
 - c. Favorecer los procesos de externalización de pacientes ingresados en instituciones y cuyo domicilio de referencia esté dentro de las áreas asignadas al Centro de Rehabilitación.
 - d. Potenciar la inserción social de los pacientes. Buscando su funcionamiento lo más autónomo posible.
 - e. Asesorar y apoyar a las familias.
- 4 Coordinar las prestaciones de rehabilitación con los Servicios Sociales y otros recursos comunitarios.
- 5 Inventariar y promover los acuerdos para el uso de

recursos comunitarios, institucionales, públicos y privados, dentro de los planes individualizados de rehabilitación.

5 Desarrollar líneas de investigación aplicadas a los problemas concretos del trabajo de rehabilitación psiquiátrica :

- a. Estudio del proceso de cronificación en la enfermedad mental. Análisis y evaluación del deterioro, discapacidades y minusvalías en enfermos mentales.
- b. Estudio de las necesidades de los enfermos mentales en los programas de rehabilitación y el tipo y cuantía de los recursos asistenciales que se requieren.
- c. Desarrollo de un modelo de evaluación de casos y de confección de planes individualizados de rehabilitación.
- d. Investigación sobre técnicas de rehabilitación psiquiátrica.

1.3.2 Objetivos de apoyo a la reinserción social.

1. Considerar desde los inicios del plan individualizado de rehabilitación las perspectivas de reinserción, residencial y ocupacional, del caso. Y promover su preparación directamente o a través de las Unidades de Salud Mental y de los Servicios Sociales que correspondan
2. Aportar al estudio de las necesidades residenciales y ocupacionales de los casos remitidos.
3. Colaborar en la formación y asesoramiento de otros profesionales, entidades, asociaciones, voluntarios, etc. Facilitando el mejor conocimiento de la realidad y problemática del enfermo mental crónico.
4. Promover la Normalización de las condiciones de vida de los pacientes.
5. Desarrollar actividades de animación socio-cultural y recreativas en coordinación con los equipos de servicios sociales y otros recursos normalizados de la Comunidad Autónoma de Galicia.

1.4 Relaciones funcionales del centro de rehabilitación psicosocial

1.4.1 Delimitación de sus áreas de referencia :

Según se establece en el Documento de BASES PARA ELABORACION DO PLAN GALEGO DE SAUDE MENTAL los dispositivos de salud mental

deben cumplir el principio de integración sanitaria, de zonificación y territorialidad, definidos en el Mapa Sanitario de Galicia.

Por tanto el Centro de Rehabilitación estará adscrito a una área sanitaria de referencia.

1.4.2 Coordinación con las unidades de salud mental.

Constituirá un capítulo de primera importancia a la hora de insertar de manera eficaz el Centro de Rehabilitación psicosocial en la red de servicios de salud mental.

Las principales tareas de coordinación se referirán a la admisión, evaluación, elaboración del plan individualizado de rehabilitación, seguimiento y alta de casos que acceden al Centro de Rehabilitación por derivación de los Centro de Salud Mental.

Será necesario establecer unas reuniones periódicas con el equipo de salud mental que deriva. Quizás habrá que esperar que la rutina de trabajo indique el mejor método. Se puede optar por realizar una reunión mensual entre el Responsable del Centro de Rehabilitación, acompañado de miembros de su equipo que se estime pertinente y el equipo de salud mental que deriva. Estas reuniones tienen importancia sobre todo al comienzo del trabajo por que facilita un contacto personal y un conocimiento mas cabal tanto de los recursos de salud mental por el Centro de Rehabilitación, como de las prestaciones del programa de rehabilitación por el equipo de salud mental.

Se puede prever que ante la admisión de un caso se tenga el siguiente esquema de actuaciones :

a) El terapeuta de la Unidad de Salud Mental envía al Centro de Rehabilitación la solicitud de derivación del caso, acompañando la Documentación que se refiere en el apartado 4.3.1 de éste capítulo. El equipo del Centro de Rehabilitación valora la idoneidad del caso y la disponibilidad del dispositivo y puede :

- 1) Informar sobre la situación de la lista de espera.
- 2) Habiendo considerado el caso idóneo y existiendo disponibilidad aceptar el caso y acordar cita para el paciente y reunión con su terapeuta.
- 3) No considerar el caso idóneo e informar sobre alternativas o prerequisites que el caso debe tener.

b) Se inicia la evaluación del paciente y su medio. Se le asigna un Tutor de rehabilitación. Se

confecciona el plan individualizado de rehabilitación que será consensuado con su terapeuta de la Unidad de Salud Mental.

c) Una vez elaborado el plan individualizado de rehabilitación se le da forma de contrato a firmar con el paciente y su familia. Siendo también deseable la participación del terapeuta. En éste contrato aparte de expresar los objetivos de rehabilitación, deja constancia de la libre aceptación del paciente para asistir al Centro de Rehabilitación, comprometiéndose a respetar los horarios acordados y realizar las actividades con los objetivos que en él se especifican.

d) Es necesario establecer la obligación de realizar periódicamente reuniones de seguimiento en donde el Director y/o el Tutor debe informar sobre el desarrollo del plan individualizado de rehabilitación y plantear las modificaciones, si fuese el caso, que el buen desarrollo del mismo aconsejen. Intercambiando pareceres con el terapeuta del caso. Estimando las necesidades de utilizar recursos normalizados puesto que desde el inicio del plan individualizado de rehabilitación se fijarían las metas de reinserción. En éste punto es de primer orden contar con el apoyo que realicen los Trabajadores Sociales de la Unidad de Salud Mental para la coordinación con los Servicios Sociales de Base y si no existe éste profesional en las USM, directamente con las de los Servicios Sociales.

1.4.3 Comisión de rehabilitación del área :

De acuerdo al desarrollo del Plan de Rehabilitación Psiquiátrica es necesario que el Centro de Rehabilitación participe en la Comisión de Rehabilitación del Área.

Estas Comisiones reúnen a profesionales de la salud mental, de los servicios sociales y de los centros de rehabilitación. Están destinadas a dinamizar todo el programa de rehabilitación del Área. Puesto que la Rehabilitación no sólo la realizan los Centros de Rehabilitación. Dentro de éste programa también hay que considerar las actuaciones que realizan trabajadores sociales y equipo de enfermería comunitaria, que constituyen la primera oferta de rehabilitación que se hace a un paciente en las Unidades de Salud Mental.

Es previsible que las USM desarrollen cada vez más programas de seguimiento de crónicos. Conocidos como Case Management en la bibliografía. Estos programas están destinados a estimular la integración social de pacientes mentales crónicos.

Sólo cuando estas estrategias se muestran insuficientes los casos terminan siendo derivados a dispositivos más específicos o especializados como serían los Centro de Rehabilitación.

1.4.4 Coordinación con Servicios Sociales.

Aunque esta coordinación se asegura a través de las Comisiones de Rehabilitación del Área. Quizás, sobre todo al inicio del trabajo, sería deseable un conocimiento de los Servicios Sociales generales y especiales que existan en las diferentes Zonas Sanitarias de Atención Primaria, por el equipo del Centro de Rehabilitación. Existen muchos aspectos en los cuáles la labor de rehabilitación puede verse favorecida. Por ejemplo la participación de los pacientes en las actividades normales de animación socio cultural de un Ayuntamiento, el uso del polideportivo, de la piscina municipal, de viajes y excursiones organizadas por las Juntas Municipales y un largo etcétera.

1.5 El contexto comunitario del centro de rehabilitación.

Aunque ya se ha expresado en forma reiterativa en este informe la necesidad de implicar el Centro de Rehabilitación psicosocial en el tejido de instituciones y actividades comunitarias. Se señala aquí ahora en forma específica.

1.5.1 Con las zonas básicas sanitarias y de servicios sociales

Será necesario que el equipo del Centro de Rehabilitación maneje un inventario de las organizaciones ciudadanas privadas y públicas así como de todos los recursos en materia asistencial, de educación de adultos, de práctica de deportes, de centros de aficiones y hobbies, etc. que existan en las Zonas Básicas de su Área de referencia.

En forma muy precoz se buscará alentar en los pacientes su participación normalizada en éstas actividades.

1.5.2 La comunidad autónoma de Galicia y sus recursos:

Puede ser útil para el desarrollo de los programas de rehabilitación que el equipo del Centro de Rehabilitación conozca los recursos institucionales de la Xunta.

A modo de ejemplo se puede citar el Servicio de Educación de Adultos de la Consejería de Educación.

Quienes producen y recopilan material de educación de adultos que abarca temas tan dispares como son textos adecuados al adulto para reforzar la lecto-escritura, la orientación socio-cultural, el manejo de cuentas y gastos, el uso de transportes, etc.

Otro ejemplo son los recursos de la Consejería de Familia y Juventud. O las colecciones de videos, mapas y publicaciones de la Consejería de la Residencia.

También otros organismos son importantes de considerar a la hora de realizar un plan individualizado de rehabilitación. Como son las Escuelas de Educación de Adultos, las Universidades Populares o los Centros Cívicos de actividades.

Por otro lado es de esperar que el equipo del Centro de Rehabilitación esté al tanto de la vida cultural de la Comunidad y procure una participación normalizada de sus usuarios (asistir a un partido de fútbol, ir a un concierto, salir de carnavales, etc.).

2 ► El equipo del centro de rehabilitación psicosocial

2.1 Personal

En cierta medida dependerá del origen del Centro de Rehabilitación. Si proviene de los recursos de un gran hospital psiquiátrico contará con personal como auxiliares de enfermería y monitores de terapia ocupacional o de la antigua laborterapia. Si por el contrario se trata de centros de rehabilitación psicosocial creados por iniciativa ciudadana y que quieren acceder a una concertación con la red pública se debe exigir un mínimo de profesionales acreditados.

En cualquier caso se pueden considerar algunas generalidades. Vista la experiencia de otras comunidades autónomas parece deseable que los psiquiatras o figuren en el equipo del Centro de Rehabilitación por la sencilla razón de que su presencia provoca un avivamiento de los procesos de tratamiento de la Unidad de Salud Mental al Centro de Rehabilitación provocando que éste último se termina haciendo cargo completamente del crónico (de su medicación, de su terapia y de su rehabilitación), rompiendo el circuito asistencial y colapsando el Centro de Rehabilitación. Por otro lado la figura del psicólogo, del pedagogo y del terapeuta ocupacional parecen las más indicadas en los

procesos de rehabilitación. Los diplomados en enfermería serían profesionales adecuados para los programas de incremento de la adhesión al tratamiento y de educación para la salud. Los trabajadores sociales son importantes en los procesos de reinserción y normalización de las condiciones de vida. Todos estos extremos son importantes pero no absolutos. El trabajo recomendable es en equipo flexible donde los profesionales puedan desempeñar diversos roles.

Como sugerencia y en el supuesto de un centro concertado consideraremos un equipo mínimo para la atención de casos derivados en una Área Sanitaria (250.000 a 500.000 habitantes). Estaría integrado por : 4 Psicólogos (o 3 psicólogos y un pedagogo) de los cuáles uno sería el Director-Coordinador, los otros evaluarían los casos elaborarían y desarrollarían los planes individualizados de rehabilitación. Una Asistente Social, una terapeuta ocupacional, dos monitores-educadores y un auxiliar administrativo.

2.2 Coordinación del equipo

1 Reunión diaria:

Breve reunión a primera hora de la mañana todos los días laborables. Con el fin de recoger incidencias que afecten a la buena marcha de las actividades programadas para ese día.

2 Valoración de actividades:

Reunión semanal destinada a supervisar y valorar la realización de las diversas actividades programadas. Se buscaría promover el conocimiento de todo el equipo sobre lo que realiza cada cuál así como recoger las necesidades que entraña la realización de cada actividad.

3 Evaluación y seguimiento de casos:

Reunión semanal destinada a supervisar y evaluar el desarrollo de los planes individualizados de rehabilitación de los casos que están siendo atendidos.

2.3 Formación y entrenamiento del equipo:

Dadas las características de éste trabajo y los efectos, comprobados de desmoralización sobre los equipos, que tiene el trabajo con crónicos es necesario vitalizar al equipo con una formación permanente. Que abarque tanto aspectos de maduración personal y profesional como la adquisición de conocimientos específicos.

En ésta línea pueden considerarse :

1 Seminario permanente sobre Rehabilitación

Psiquiátrica. Que se realizaría de acuerdo al calendario escolar con una frecuencia de una sesión semanal. Su programa se confeccionaría repartiendo sesiones entre los miembros del equipo. Basado en lecturas comentadas de la bibliografía en salud mental y rehabilitación. También se consideraría la invitación a otros profesionales sobre temas puntuales.

2 Asistencia a Congresos y Jornadas profesionales sobre Rehabilitación Psiquiátrica.

2.4. La acción tutorial

El Tutor de rehabilitación del caso, es el miembro del equipo del Centro de Rehabilitación que tiene la responsabilidad de elaborar y supervisar la realización del plan individualizado de rehabilitación con que es dotado cada paciente a su incorporación.

El Tutor debe entrevistarse con su tutelado varias veces a la semana y debe asentar en las hojas de curso del expediente de rehabilitación de su tutelado las observaciones y contenido de estas entrevistas. Y es el encargado de presentar la situación del caso en las reuniones de evaluación y seguimiento de casos.

2.5 Archivos y documentación del centro de rehabilitación

2.5.1 Expedientes de rehabilitación

Carpetas con numeración correlativa y ordenadas alfabéticamente que contienen cada una toda la documentación de cada caso atendido en el Centro de Rehabilitación.

Estos expedientes de rehabilitación contendrán:

1 Documentación enviada por la USM al momento de enviar la solicitud de ingreso del caso. Que en espera de una mayor homogeneización que se está produciendo en virtud de la creciente informatización de todos los servicios de salud mental se espera que los equipos de Salud mental remitan, por ejemplo:

- * Ficha de identificación
- * Anamnesis clínica y social
- * Perfil psicopatológico actual
- * Perfil de aptitudes cognitivas, verbales y manipulativas.
- * Perfil de intereses vocacionales.
- * Diagnósticos CIE-10 y DSM-IV.

* Tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos actuales.

* Recursos socioeconómicos y familiares.

* Indicaciones de rehabilitación y pronóstico de reinserción.

2 Documentación generada por el propio equipo del Centro de Rehabilitación. Por ejemplo:

* Hoja de curso : Contendría las observaciones que sobre la marcha del caso y el desarrollo de su plan de rehabilitación realiza el tutor del caso. Así como los resultados de las diversas reuniones de evaluación a que es sometido el caso.

* Plan individualizado de rehabilitación y reinserción social del caso.

* Copia del contrato de rehabilitación que ha firmado el paciente al momento de confirmar su incorporación al Centro de Rehabilitación.

* Horario de las actividades que realiza el paciente en el Centro de Rehabilitación

* Protocolo de los instrumentos de evaluación a que ha sido sometido el paciente.

3 ► Distribución, habilitación de espacios y material que se requiere en el centro de día de Rehabilitación Psiquiátrica

Por definición un Centro de Rehabilitación Psicosocial es un lugar especializado para el cuidado, el apoyo y el entrenamiento de habilidades para personas con discapacidades importantes. Estos déficits y discapacidades obligan a que la enseñanza de habilidades deba organizarse con criterios técnicos (de pedagogía terapéutica y psicología del aprendizaje) y haga uso de recursos materiales diversos.

Los graves trastornos mentales obligan a una cuidadosa estructuración del ambiente para conseguir orientar, motivar, informar y enseñar a las personas afectadas. La terapia ambiental es un recurso de primer orden. La estructuración de éste ambiente comprende el uso de recursos lo más parecidos a la vida cotidiana en familia y medios pedagógicos, audiovisuales, de animación y entretenimiento.

Es necesario disponer de espacios diferenciados

para cada actividad. Los espacios polivalentes deben ser los menos, pues si bien representan una economía de espacio y material son un verdadero obstáculo a la hora de motivar y orientar a los pacientes en aprendizajes específicos.

Lógicamente no se trata de crear un ambiente donde el paciente vaya a permanecer toda su vida. Por el contrario se trata de crear un espacio que permita a la persona discapacitada aprender y ensayar sus habilidades durante el tiempo que lo requiera para poder posteriormente hacer uso extensivo de los recursos de su comunidad y sea capaz de alcanzar cotas aceptables de habilidades para la convivencia familiar con satisfacción para sí y su núcleo familiar. En un cierto grupo de pacientes los objetivos pueden llegar a ser más ambiciosos y promover en ellos una rehabilitación y reinserción laboral.

3.1 Espacios tipos y equipamiento básico

a. Despachos:

Es previsible despachos para el Director del Centro, para los psicólogos-pedagogo, la asistente social, uno para los monitores y terapeuta ocupacional, así como para el administrativo.

- Mobiliario básico de despacho: mesas, sillas, estanterías.

- En los despachos de los psicólogos debe existir material psicométrico básico: WAIS, Raven y alguna otra prueba de razonamiento, pruebas de aptitudes e intereses, diversas escalas.

- En el despacho del trabajador social debe existir material de evaluación social y familiar. Fichas y escalas.

- Monitores y terapeutas ocupacionales requieren espacio para preparar su material y las actividades.

- Ordenador para la gestión administrativa, clínica y de investigación del centro. También el ordenador puede permitir ofrecer a ciertos pacientes una iniciación en programas informáticos.

- Fotocopiadora para atender las necesidades de reproducir el material de evaluación y seguimiento de los pacientes.

b. Sala para el entrenamiento de Habilidades Sociales y Dinámicas de grupo.

Puede también alojar el taller de medios audiovisuales. Sus dimensiones deben ser apropiadas para reunir cómodamente 10 personas.

- Sillas
- Pizarra de al menos 2 x 1 m.
- Rotuladores de diversos colores no indelebles

Taller audiovisual :

- Televisor
- Cámara de vídeo con atril
- Reproductor de vídeo
- Cintas
- Equipo compacto de música
- Cintas o discos de música.
- Proyector de transparencias

c. Sala de baño para el entrenamiento en autocuidado:

Dotado con ducha y equipo necesario para el entrenamiento en hábitos de higiene y autocuidado. También con lavadora para el entrenamiento en lavado de ropa. Debería estar separado de los baños para el personal y los usuarios.

- Espejo de cuerpo entero
- Equipamiento para afeitado (maquina eléctrica y maquinillas).
- Equipamiento para depilación (a la cera y eléctricas)
- Equipamiento de maquillaje
- Equipamiento para secado y peinado (secador y moldeador)
- Lavadora

d. Cocina para el entrenamiento de habilidades domésticas:

Con todo lo necesario para la enseñanza de habilidades tanto en el manejo de electrodomésticos como en la manipulación y preparación de alimentos.

- Cocina a gas y eléctrica con horno
- Nevera
- Pequeños electrodomésticos (para hacer zumos o batir)
- Platos y cubiertos
- Cacerolas y sartén
- Tazas

e. Sala para el desarrollo de hobbies y aficiones (manualidades, dibujo, pintura, artesanía, etc.).

Se pueden considerar diversos recursos de acuerdo a los intereses y experiencias previas de los usuarios. Por ej.

- Mini taller de marquetería

- Mini taller de armado de recortables
- Mini taller de pintura y dibujo (artístico y comercial)
- Mini taller de barro
- Diversos juegos populares.

f. Sala para el desarrollo de programas de planchado y costura de ropa.

- Plancha y tabla de planchar
- Maquina de coser
- Costurero básico
- Taller de bordados

g. Sala de actividades culturales. Educación de adultos. Psicoeducación. Animación cultural.

- Biblioteca básica (literatura, historia y geografía especialmente de la comarca, comics, divulgación científica, etc.).
- Prensa diaria y revistas semanales
- Textos de educación de adultos. Preparación del graduado escolar y de orientación profesional.

198 h. Sala de relajación y psicomotricidad.

- Moqueta
- 5 colchonetas
- 2 bicicletas estáticas
- Pesas
- Remos
- Banco de abdominales
- Pelotas blandas
- Cojines

4 ► Organización del plan de actividades del Centro de Día

4.1 Tipos de actividades previstas.

Se pueden prever tres grandes grupos de actividades :

- a. De evaluación de pacientes, familias, ambientes, actividades y rendimiento y satisfacción del personal.
- b. De entrenamiento de habilidades y superación de discapacidades.
- c. De animación sociocultural. Estas actividades contribuyen a la generalización de los logros del

entrenamiento, pueden ser base de un apoyo socioafectivo eficaz para elicitación y mantener comportamientos sociales en los pacientes. También pueden permitir una observación más detallada de los desempeños reales de los pacientes en medios naturales.

4.2 Organización temporal de las actividades.

Considerando que la organización de actividades en el Centro de Rehabilitación debe conciliar dos extremos, por un lado la atención individualizada del caso y por otro la necesidad de organizar las actividades de rehabilitación en pequeños grupos, debido a que si se tradujera todo en atención personalizada quedaría colapsado el Centro, con una cobertura muy inferior a la prevista. Se hace necesario prever la forma de organización temporal. Para lo cual el equipo técnico deberá arbitrar las medidas pertinentes. Sin embargo sólo a nivel de propuesta se adelanta aquí una solución probada con éxito en nuestra experiencia.

Una actividad permanente del Centro será la de evaluación. Y las restantes obedecerán a una planificación trimestral, que comprendería los siguientes apartados :

- a. Evaluación del desarrollo del plan de rehabilitación individualizado de cada paciente que asiste en ese momento al Centro de Rehabilitación.
- b. Programación de las actividades de rehabilitación que se realizarán durante el trimestre, de acuerdo a las necesidades de los pacientes.
- c. Programación de actividades de animación socio-cultural y recreativas. Que junto a los fines de entretenimiento siempre sumaran objetivos educativos y de promoción de intereses y actividades consideradas socialmente.
- d. Recursos presupuestarios y materiales. Para el correcto desarrollo de las actividades.

Este tipo de organización obligaría a programar actividades de entrenamiento de acuerdo a un calendario de realización por objetivos y de evaluación de la actividad. Y a una revisión periódica del progreso de los pacientes y familias.

Se considerarían 4 trimestres. De Octubre a Diciembre, de Enero a Marzo, de Abril a Junio y de Julio a Septiembre. Estas programaciones trimestra-

les serian presentadas a las USM de las Areas de referencia.

4.3 La evaluación funcional y el diseño del plan de rehabilitación individualizado.

La Evaluación Funcional hace referencia a una metodología de diagnóstico acuñada por las Terapias conductuales. Que al basarse en los paradigmas de la psicología del aprendizaje y por haber desarrollado grandemente el aprendizaje de hábitos constituyen un recurso metodológico de primer orden a utilizar en la rehabilitación psiquiátrica.

Uno de los elementos distintivos de la evaluación funcional es que de ella debe derivarse directamente un plan de intervención. La evaluación funcional establece directamente los aspectos que habrá que abordar en la intervención.

La evaluación funcional busca una delimitación de los problemas de un sujeto en términos de exceso y/o déficits comportamentales. Utilizando para su descripción parámetros objetivables como son la frecuencia, la duración, la intensidad y la topografía de la conducta. La descripción topográfica de la conducta exige un lenguaje concreto que haga referencia a circunstancias públicamente observables del comportamiento.

Definidos los comportamientos problema. El siguiente paso es estudiar su relación funcional con hechos ambientales. Estos hechos serán los antecedentes : es decir las circunstancias bajo las cuáles ocurre el problema, lo que incluye el ambiente físico y especialmente social. Y los consecuentes, es decir las contingencias que acompañan la ocurrencia de la conducta y que tienen un efecto sobre su probabilidad de ocurrencia futura.

La comprensión del caso exige el estudio de la historia de aprendizajes previos del sujeto, de las características y pautas comportamentales de su medio. Y la realización de hipótesis respecto de los paradigmas que mantienen sus dificultades.

La realización concreta de ésta metodología en un servicio de rehabilitación tiene a nuestro entender dos exigencias previas : una es definir la información válida que el centro de Rehabilitación puede esperar que le remita la USM a la hora de derivar el caso. Y dos establecer un modelo que defina áreas significativas de intervención en rehabilitación psiquiátrica, que oriente el análisis de los problemas del sujeto.

4.3.1 Información que se espera que remita la

unidad de salud mental

Considerando que el modelo de servicio de rehabilitación aún no ha sido totalmente incorporado en el quehacer de los dispositivos públicos de salud mental creemos necesario definir la información que esperamos de la USM.

- Datos de identificación del caso.
- Relación de los profesionales de la USM que atienden al paciente.
- Diagnóstico actual.
- Medicación prescrita y actitud del paciente ante ella.
- Breve historia clínica. Con referencia, en especial, a los ingresos psiquiátricos, los deterioros observados o evaluados, la conciencia de enfermedad, la adherencia al tratamiento, la respuesta terapéutica y efectos secundarios.
- Historia laboral, escolar, interpersonal, afectiva y sexual.
- Hábitos de la vida diaria. Discapacidades y ventajas.
- Estructura de su familia de origen y de pertenencia. Aspectos positivos y negativos de sus vínculos familiares. Capacidad de contención de la familia. Apreciación de la carga familiar.
- Descripción de los intentos de reinserción y rehabilitación previos que el equipo comunitario ha realizado con el paciente y su familia.
- Especificación de los objetivos de rehabilitación que propone su terapeuta y las metas de reinserción que se anticipan para el caso.

4.3.2 Areas significativas de evaluación, a realizar en el Centro de Día, con vistas a crear un plan individualizado de rehabilitación.

Obviamente no existe un modelo sancionado. Recogiendo diversos trabajos citados en la bibliografía publicada sobre rehabilitación psiquiátrica y nuestra propia experiencia de dirigir este tipo de Centros, proponemos un modelo de 12 aspectos a considerar en la evaluación.

1. Orientación ocupacional.

La evaluación en Orientación Ocupacional se refiere a la necesidad de distinguir en el enfermo mental crónico aquellas aptitudes e intereses que conserve, a pesar del deterioro producido por la enfermedad y sus condiciones de vida. Y también a la investigación sobre su vida pasada pre mórbida, con el fin de iden-

ificar anteriores aptitudes e intereses que puedan volver a potenciarse. Esto constituye la base racional para orientarlo hacia alternativas de capacitación y/o ocupacionales. Siendo también un elemento de primer orden para establecer el pronóstico del nivel de rehabilitación que puede alcanzar el paciente.

Este tipo de evaluación se diferencia radicalmente de las evaluaciones usuales en los Servicios de Salud Mental donde, normalmente, se procura caracterizar al enfermo mental según su patología. En nuestro caso, por el contrario, se trata de evaluar y discriminar en el paciente cualidades, habilidades y motivaciones que convenientemente estimuladas den pie a una calidad de vida ocupacional lo más normalizada posible. Estos aspectos se discuten en función de la bibliografía en el capítulo catorce.

2. Educación de adultos.

La educación compensatoria del adulto psiquiatrizado se refiere a los esfuerzos pedagógicos que requieren los enfermos mentales crónicos para estimular capacidades instrumentales básicas como lecto-escritura y cálculo aritmético y favorecer su desarrollo cultural. Siendo actividades instrumentales básicas para un mejor aprovechamiento de otro tipo de actividades. Además hay que evaluar las habilidades y recursos del paciente para seguir cursos normalizados de capacitación laboral.

3. Experiencia laboral.

Esta evaluación cobra singular importancia con pacientes que posean perspectivas de reinserción laboral protegida o normalizada. Aquí interesa evaluar los factores que pueden correlacionar con la pérdida del trabajo del paciente. Así como las motivaciones del paciente y su familia para que este reanude su actividad laboral. Es común que el Centro de Rehabilitación deba contribuir a la decisión de una posible incapacidad laboral del paciente, con el fin de hacer a éste usuario de una prestación económica. Evidentemente antes es necesario llegar a la conclusión que la vida laboral para el paciente es inviable. Las diversas alternativas para el empleo de personas con enfermedad mental se discuten en el capítulo catorce.

4. Utilización del tiempo libre y desarrollo de aficiones.

La importancia de adquirir aficiones e intereses que hagan posible un ocio y tiempo libre estimulante y enriquecedor para el paciente, se ve acrecentada por

la falta de oportunidades laborales.

Es necesario una evaluación exhaustiva de ésta área. Mientras más empobrecido aparezca el paciente más necesario es evaluar sus aficiones pre mórbidas.

5. Habilidades sociales.

Constituye un aspecto clave de la rehabilitación psiquiátrica. Diversos estudios señalan que las habilidades para el trato social junto a las de autocuidado y de la vida diaria, constituyen los mejores predictores del éxito en la rehabilitación de enfermos mentales crónicos.

Quizás, dado lo equívoco del concepto para profesionales no psicólogos. Hay que decir que aquí el concepto de habilidad social se refiere a los repertorios comportamentales, verbales y cognitivos que configuran la habilidad para las relaciones interpersonales. Aspectos que patognomónicamente se ve afectado en los pacientes esquizofrénicos.

Su evaluación requiere diversos recursos metodológicos. Una observación cuidadosa del paciente en su medio natural puede revelar con claridad el nivel de su repertorio y la naturaleza de sus déficits. La realización de rol playing diagnósticos y el uso de escalas y registros puede completar su evaluación. En el capítulo 11 se ofrece una información más detallada.

6. Actividades de la vida diaria.

La evaluación estaría destinada a verificar los hábitos de autocuidado personal en la higiene y aseo, en el cuidado de sus cosas y la autonomía en el comer, vestir y en la presentación personal. También en la orientación social, en el uso y administración del dinero, en el uso de transportes y medios de comunicación así como en la realización de diversos trámites en despachos públicos y en la participación social.

Son estos aspectos los que quizás cuentan con el mayor número de instrumentos para su evaluación. Dado que en el campo del entrenamiento de personas con retraso mental se ha hecho un considerable progreso. Una revisión de escalas específicas para pacientes psiquiátricos y la presentación de un instrumento adaptado a nuestro uso se presenta en la bibliografía (Otero y Rebolledo, 1990).

7. Aspectos cognitivos:

Es conocido el deterioro cognitivo que padecen muchos pacientes esquizofrénicos. Las alteraciones de la capacidad de atención, de memoria, de elabora-

ción de conceptos, de planificación de su actividad son características de muchos de estos pacientes. Su evaluación es necesaria para articular desde ella actividades de rehabilitación cognitiva.

En éste punto existe una considerable bibliografía experimental pero poco se ha elaborado para su uso clínico en rehabilitación. Y los test psicométricos tienen una utilidad restringida. Este tema es presentado de forma exhaustiva en el capítulo 12.

8. Desarrollo emocional.

En ésta área proponemos la evaluación de aspectos psicológicos del paciente. Es reconocida la falta de introspección del paciente psicótico así como la pérdida de autoimagen y autoestima. Es necesario evaluar el concepto que el paciente tiene de sí mismo, la capacidad que conserva para discriminar sus estados de ánimo y los recursos que posee para afrontar estados emocionales y pródromos. Estos aspectos son analizados en el capítulo 10.

9. Adherencia al tratamiento y psicoeducación.

En el capítulo 10 hacemos una amplia reseña del tema. Aquí sólo referiremos la importancia de evaluar la conciencia de enfermedad que posee el paciente, su actitud ante esta enfermedad mental, su comprensión del papel de los neurolepticos como factor de protección. Y la evaluación de su estilo de vida. Que factores de riesgo existen dada su condición de vulnerabilidad.

10. Evaluación de la familia.

Para muchos pacientes su núcleo familiar representa su principal soporte socioafectivo y su única alternativa económica y residencial. De allí la importancia de apoyar a la familia en la difícil tarea de convivencia con el enfermo mental crónico.

La evaluación del grupo familiar estará destinada a:

- * Valorar los planes vitales de cada miembro de la familia. Una fuente de conflictos será si la convivencia con el paciente afecta las posibilidades de desarrollo de otro miembro de la familia.

- * Valorar el concepto y las expectativas que tiene cada miembro de la familia respecto del paciente.

- * Evaluar el grado de Expresión Emocional hacia el paciente (criticismo, hostilidad, sobreimpliación).

Evaluar su comprensión de la enfermedad men-

tal. Su actitud hacia la medicación neuroleptica.

- * Evaluar su capacidad de contención y sus habilidades de comunicación con el paciente.

- * Evaluar sus habilidades de afrontamiento y de solución de los problemas de la vida cotidiana. En especial los referidos a la convivencia con el enfermo mental crónico.

Todos estos aspectos se comentan en función de la bibliografía en el capítulo nueve.

11. Alternativas residenciales.

Siendo la principal alternativa residencial de un paciente, el poder vivir con su familia, en ésta área lo que consideramos son las alternativas para aquellos en que la reinserción familiar no es posible.

En caso de que el núcleo familiar no exista o sea tan conflictivo que aconseje la salida del paciente es necesario considerar aquí las posibles alternativas residenciales para el paciente. Desde una pensión o el alquiler de un piso autónomo hasta las alternativas más institucionales como una Miniresidencia. La decisión tendrá que ponderar las capacidades de autonomía y autogestión del paciente. Todos estos aspectos y los diversos modelos de alternativa residencial se analizan en el capítulo trece.

12. Necesidades socioeconómicas.

Será frecuente encontrar pacientes que requieran de recursos sociales, económicos y sanitarios que soporten una calidad de vida normalizada. Esta valoración utilizará las técnicas propias de servicios sociales. Las normativas legales y las diferentes instancias administrativas que participan en las prestaciones sociales a enfermos mentales se analizan en el capítulo cuatro.

4.3.3 Recursos para la evaluación de pacientes y familias.

Es evidente que el equipo técnico del Centro de Rehabilitación irá definiendo los recursos más útiles de acuerdo a su práctica. Sin embargo se pueden señalar algunas cuestiones generales.

Ya hemos insistido en varios momentos de la importancia de la observación de los desempeños del paciente en medios naturales. Esta observación aumenta su eficacia cuando se hace en virtud de una definición de los aspectos significativos a observar y cumple ciertos requisitos metodológicos (Fernández y Carrobes, 1981). Un tipo de observación son tam-

bién los llamados rol playing de diagnóstico, particularmente útiles en la evaluación de habilidades sociales.

Un aspecto interesante es incorporar al paciente en estas observaciones. Dotándole de formatos de autoregistro se puede obtener información valiosa pero es que además es un buen recurso para aumentar la motivación del paciente por las metas de rehabilitación. Un recurso que puede ser útil sobre todo para observar progresos en determinadas actividades son los Diferenciales Semánticos que resueltos por el propio paciente entregan modos gráficos de ver cambios actitudinales.

La utilización de registros y escalas siempre deberá acompañarse de la caracterización del medio y las circunstancias que rodean éste registro. No debemos olvidar la interdependencia entre el comportamiento registrado y los determinantes ambientales. Dentro de éstos son particularmente importantes las expectativas que tienen las personas que conviven con el usuario.

El uso de test psicométricos se ve gravemente limitada por la falta de validación de estos instrumentos en la población psicótica. Así hay que utilizar con reserva test de inteligencia, de aptitudes y de intereses.

4.3.4 Los planes individualizados de rehabilitación.

Su redacción constituirá una exigencia al equipo técnico del Centro de Rehabilitación. Serán el fruto tanto de la evaluación inicial como de las evaluaciones continuadas del caso. En su formato deberán ordenar la información obtenida significando los factores identificados como mantenedores de los problemas y los objetivos que se esperará alcanzar con las intervenciones rehabilitadoras. Deberán recoger también la identificación de los profesionales tanto de la USM, como de los Servicios Sociales como el Tutor del Centro de Rehabilitación que se implican en el plan de rehabilitación del caso.

Este plan deberá ser reescrito en forma de contrato donde en un lenguaje asequible y descriptivo se fijen las exigencias al paciente (horarios, actividades, etc.) y los objetivos a alcanzar. Este contrato deberá ser firmado por el paciente, su tutor, su familia y consideramos necesario hacer también partícipes a su psicoterapeuta o al menos al miembro del equipo comunitario que esté responsabilizado del segui-

to del caso desde la USM.

La metodología para su redacción y utilización se describe en el capítulo ocho de éste libro.

4.4 Metodología de las actividades de rehabilitación

Son intervenciones estructuradas, destinadas a rehabilitar discapacidades y minusvalías específicas, mediante actuaciones intensivas, individuales o en pequeños grupos y que pueden incidir en el paciente y/o en su medio inmediato.

Se definen por el área en que son estipuladas y por el nivel en que actúan. Constituyen la forma de intervención que posee el Centro de Rehabilitación. Por ello es labor del equipo que dada las características de los pacientes que se atienden, generar estas actividades de rehabilitación, altamente estructuradas y específicas. El archivo de actividades de rehabilitación constituye la preparación del Centro de Rehabilitación para responder a las necesidades de los casos más heterogéneos.

Las actividades de rehabilitación, en ningún caso constituyen una respuesta mecánica e indiferenciada. Sino por el contrario, son utilizadas para crear, vistas las necesidades concretas de un paciente en particular, un plan de rehabilitación individualizado.

Cada actividad exige un trabajo de estructuración que permita su valoración, perfeccionamiento y aplicación guiada por objetivos. Una actividad de rehabilitación del Centro queda caracterizada por la siguiente estructura:

a) Identificación de la actividad:

De acuerdo al área de intervención y nivel de rehabilitación a que pertenece. Junto a una identificación técnica de la actividad ésta puede ser identificada por nombres con más "gancho" para los pacientes. Así una actividad de autocontrol de la ansiedad y depresión puede que los pacientes la conozcan por "contrólate".

b) Objetivos de la actividad:

Constituyen las metas que deben alcanzar los pacientes si cumplen las exigencias de la actividad. Estas deben ser definidas en términos operativos y concretos evitando las sobregeneralizaciones. También se hace necesario la utilización de un lenguaje coloquial para definir los objetivos de la activi-

dad a los pacientes, a fin de favorecer su orientación y comprensión de lo que pueden y deben obtener con su participación en ella.

c) Repertorio de entrada:

Son los requisitos previos que debe conocer o las capacidades que el paciente debe poseer para poder seguir la actividad con éxito. Por ej. para acceder a la actividad de Administración de su dinero, el paciente debe conocer el valor del dinero y saber sumar y restar.

d) Módulos de ejercicios o sesiones:

Constituyen la parte central de la actividad y se refieren a las prácticas de entrenamiento, en que siempre se primará lo concreto sobre lo abstracto y la practica o ensayo sobre el mero discurso verbal. La actividad puede estar estructurada en módulos de ejercicios que se pueden aplicar secuenciados o alternativos de acuerdo a los rendimientos del grupo o de cada paciente. O también la actividad puede estructurarse en sesiones, cada una con su temario.

e) Sistemas de registro y valoración:

La actividad debe estar dotada de uno o varios instrumentos de medida que permitan evaluar al paciente antes, durante y al finalizar la actividad y siempre referidos a los objetivos concretos de la actividad. Este tipo de registros debe combinar el rigor técnico con un formato que permita al paciente reconocer su propio progreso en la realización de la actividad. El autoregistro es una importante fuente de motivación y discriminación de su aprendizaje para el paciente.

f) Definición de los recursos materiales y económicos necesarios para la realización de la actividad.

g) Cobertura, frecuencia de las sesiones, horario y lugar de realización. Por definición las actividades duran un trimestre.

h) Terapeutas y observadores.

Todas las actividades se realizan en pequeño grupo y su metodología se basa en la dinámica de grupo y en la psicología del aprendizaje. Ello requiere que el responsable de realizar la actividad deba cuidar especialmente:

a. Crear un ambiente de grupo gratificante.

Usando para ello con medida el buen humor y el refuerzo social. Buscando canalizar los liderazgos a favor de los objetivos de la actividad.

b. Fomentar intensivamente la participación de todo el grupo. Para ello debe interpelar, usando a menudo los nombres propios y demandando la interacción de los pacientes. Una atmósfera segura y nada amenazante se puede crear usando el refuerzo positivo, descartando el castigo y realizando una percepción selectiva sobre los aspectos más ventajosos o positivos de una situación.

c. El nivel de exigencia de la actividad siempre es progresivo. Usando el moldeamiento o la aproximación sucesiva a la meta como metodología.

d. Iniciar todas las sesiones recordando los objetivos del grupo. Siempre se debe dedicaren cada sesión, un tiempo a hacer verbalizar a los pacientes las metas, que según su plan individualizado de rehabilitación, deben alcanzar en esa actividad.

e. Centrar durante toda la sesión, la atención de los pacientes en el tema o ejercicios propios de la actividad. No se debe permitir la introducción extensiva de otras problemáticas. Ante la irrupción de otros "temas" por los pacientes se les debe dirigir a otro personal ("esa idea tuya es mejor que se la cuentes a tu médico").

f. Empezar las sesiones siempre a la hora exacta. La duración total de la sesión puede variar de acuerdo al clima creado y el tema a desarrollar.

g. Se debe procurar introducir siempre una misma rutina en el desarrollo de las sesiones. Elegir un saludo que se repita, tener siempre el mismo orden para desarrollar la sesión. Deben existir normas claras y explícitas respecto de como debe ser la actitud de todos. Ante pacientes agitados o que su comportamiento lesione el desarrollo de la sesión hay que utilizar el tiempo-fuera, pidiéndole que salga unos minutos de la sesión.

4.5 El programa de prerequisites

Dada la heterogeneidad de los casos y el hecho cierto que entre la población psicótica no es extraño encontrarse con casos muy regresados o con graves deterioros cognitivos parece necesario establecer un programa de acogimiento de estos casos y que estimule en ellos un repertorio básico que les permita incorporarse con aprovechamiento a un plan de actividades de rehabilitación.

Para los casos más deteriorados es necesario

establecer un programa de entrenamiento que al menos cubra los siguientes repertorios básicos:

- * Seguimiento de instrucciones.
- * Capacidad de atención.
- * Capacidad de imitación.
- * Capacidad de discriminación.
- * Programa de motivación y asistencia al Centro.

Hay otro tipo de pacientes, especialmente entre los esquizofrénicos que sin tener un acusado deterioro cognitivo sí padecen de una peculiar actitud sensitiva y referencial. Que hace muy difícil su incorporación sin más en actividades aún de pequeño grupo. Son pacientes normalmente con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide y que se observa que tienen unas respuestas autonómicas y de ansiedad, con un bajísimo umbral. Estos pacientes requerirán también un programa de prerequisites que le ayude a familiarizarse poco a poco con las situaciones grupales del Centro de Rehabilitación y que esta incorporación se vea facilitada por que se le permite retraerse cuando su discomfort aumenta.

4.6 Programación de actividades de rehabilitación

Los planes de rehabilitación psiquiátrica y reinserción social deben responder a las necesidades concretas y actuales de pacientes y familias. Deben articular una serie de recursos que incrementen las capacidades de afrontamiento de las dificultades de pacientes y familias así como proporcionar apoyo y orientación para la mejor utilización de los recursos comunitarios. La rehabilitación debe ayudar al paciente a mantener su adherencia al tratamiento, estimular sus capacidades y vincularlo con los recursos de la comunidad. Definida de ésta forma exige una serie variada de equipos, dispositivos y programas.

Para ordenar de una forma coherente esta oferta asistencial es necesario contar con un modelo que defina las necesidades de rehabilitación de los usuarios y articule la respuesta asistencial rehabilitadora.

Hay que dar respuesta a necesidades ocupacionales, de vivienda, de autocuidado y de apoyo y promoción personal. Lógicamente la evaluación y satisfacción de estas necesidades no corresponde sólo a los equipos especializados en rehabilitación. Sino también a los recursos comunitarios. Pero la especialización está cuando nos ponemos a la tarea de ayu-

dar al paciente y su medio a utilizar estos recursos.

Dada la heterogeneidad de los casos y la superioridad de los planes individualizados de rehabilitación, es necesario establecer un sistema de Áreas de intervención y de niveles de rehabilitación que permitan configurar los planes de rehabilitación de cada paciente. Así el objetivo es atender cada paciente con un plan de actividades ceñido a sus necesidades reales, de forma que todos experimenten un progreso señalado por un movimiento de nivel de rehabilitación en la o las áreas intervenidas.

Otro factor, además de la individualización de los planes de rehabilitación y que mediatiza el éxito, es la adecuada utilización de los recursos de la comunidad y la movilización de redes de apoyo social, naturales o de voluntariado. Y la importancia de éste factor es directamente proporcional a la extensión del deterioro, la pérdida de capacidades funcionales y las minusvalías del paciente.

En el Apartado 4.3.2 se ha presentado un modelo de áreas o aspectos significativos en la evaluación de pacientes en rehabilitación. Ahora se utilizará este mismo modelo para dar cuenta de las actividades a realizar en el Centro de Rehabilitación.

Este modelo establece los aspectos significativos del paciente y su medio a la hora de confeccionar su plan de rehabilitación. Constituye por tanto un instrumento de diagnóstico y de ordenación de la intervención rehabilitadora.

Estas áreas reflejan aspectos significativos, que deben ser valorados al considerar un caso en rehabilitación. Y que desglosadas en niveles de rehabilitación son fruto de intervenciones de entrenamiento y/o de apoyo ambiental, de acuerdo a las condiciones del paciente. De éste modo, también permiten ordenar, valorar y realizar planes de rehabilitación contrastables.

En cada área se hace necesario establecer diferentes niveles a fin de situar las actividades de rehabilitación en forma escalonada, en correspondencia con las necesidades de diferentes pacientes. Siendo en muchos caso el nivel inferior la vida plenamente institucionalizada del paciente y el nivel superior la inserción en la vida social, ocupacional y residencial normal, según pautas culturales.

Los parámetros, que van a definir los niveles en cada área y que juegan de forma inversa son:

- a) La supervisión que requiere el paciente y el grado de autonomía a que accede.
- b) Cambio de miembros claves que intervienen

en el apoyo al paciente, desde el personal de enfermería en la Unidad de ingresos psiquiátricos, pasando por el equipo de la USM y del Centro de Rehabilitación a las redes de apoyo social natural de la comunidad.

Nos proponemos ahora presentar ejemplos de actividades de rehabilitación de acuerdo al modelo de áreas de intervención ya definido en el Apartado 4.3.2

1. Orientación ocupacional

Objetivos

a) Valorar en el paciente sus aptitudes e intereses. Recurriendo a técnicas psicométricas. A observaciones y registros de conducta en ambientes lo más naturales posibles. Y mediante el estudio de su anamnesis con especial énfasis en su vida pre mórbida.

b) Desarrollar con el paciente actividades estimuladoras de intereses y motivaciones de acuerdo a su nivel intelectual y aptitudinal.

c) Informar y orientar al paciente sobre las diversas alternativas educacionales, de capacitación, laborales y de entretención a que el paciente puede acceder.

Ejemplo de actividades:

ESTUDIO VOCACIONAL

Objetivos

1. Realizar evaluaciones de aptitudes e intereses de los pacientes tutelados con vistas a ejercer una orientación ocupacional.

2. Solicitar evaluaciones psicométricas y otras de orientación ocupacional.

3. Estudio de la historia pre mórbida de los tutelados con el fin de conocer aptitudes e intereses y establecer pronósticos de rehabilitación ocupacional.

Metodología

a. Esta es una actividad de rehabilitación que ejerce cada tutor(a) de rehabilitación con su grupo de tutelados.

b. Cada tutor(a) lo estructurará de acuerdo a las características de sus tutelados. Haciendo reunión grupal de tutelados o en entrevistas personales, demandando información a la familia, leyendo su historial clínico o solicitando informes sociales, peda-

gógicos o clínicos.

INFORMACION OCUPACIONAL

Objetivos

a. Entregar a los pacientes información actualizada respecto de alternativas ocupacionales que se generen en su distrito de referencia.

b. Entrenar a los pacientes para la realización de trámites de inscripción y participación en las actividades que deseen.

c. Motivar a los pacientes por acudir a esas actividades.

Metodología

- La actividad se basa fundamentalmente en la información de alternativas ocupacionales que nos proporciona el equipo comunitario y las USM.

2. Educación de adultos.

Objetivos

1. Valorar los recursos comunitarios existentes en los distritos de donde provienen los pacientes, en materia de alfabetización de adultos, educación de adultos y formación profesional. Promover la inclusión de estos pacientes en los circuitos normalizados.

2. Desarrollar un curriculum de educación compensatoria de adultos psiquiatrizados, destinado a suplir déficits específicos que impidan al paciente acceder a los circuitos de educación de adultos normalizados.

3. Desarrollar actividades de apoyo para pacientes que asisten a los circuitos normalizados de educación de adultos (por ej. ofrecerles orientación, ayudarles a desarrollar hábitos y métodos de estudio, etc.).

Ejemplo de actividades :

CULTURA GENERAL

Objetivos

a. Realizar con los pacientes actividades pedagógicas compensatorias en lecto-escritura, calculo aritmético, ciencias sociales, cultura general y orientación en acontecimientos socio-culturales.

b. Aunque la actividad es grupal se busca un

planteamiento de actividades altamente individualizado, de acuerdo al nivel de cada paciente.

c. Motivar a los pacientes para que accedan al circuito normalizado de Educación de Adultos de su distrito de referencia.

Metodología

- Esta basada en textos de Educación de Adultos.

APOYO A ESTUDIANTES

Planteamiento.

a. Los tutores(as) que tengan tutelados incorporados algún circuito educacional comunitario los apoyaran ayudándoles a desarrollar hábitos y métodos de estudio.

b. Para lo cuál el Centro de Rehabilitación cuenta con un programa de formación de hábitos de estudio. Y unas guías respecto de métodos de estudio y mnemotecnias. Este programa lo aplicará el tutor(a), según las características de sus tutelados.

206

3. Rehabilitación laboral

Objetivos

a. Orientar a los pacientes hacia el mundo laboral, despertando su interés por el oficio que representa el taller.

b. Moldear hábitos de trabajo : eficacia, responsabilidad, persistencia en la tarea.

c. Moldear hábitos de interacción social propios del mundo laboral: relación con jefes y compañeros de trabajo.

El diseño de un centro específico de rehabilitación laboral y las diversas alternativas de reinserción laboral, se discuten en el capítulo catorce de éste libro.

4. Tiempo libre y actividades de ocio

Las tareas del Centro de Rehabilitación al intervenir en ésta área son provocar el interés inicial del paciente. Para ello oferta una gama amplia de actividades basadas en intereses culturalmente extendidos. Para, inmediatamente que el paciente muestre interés, incorporarlo a los recursos comunitarios normales, manteniendo el apoyo necesario.

De ésta forma consideramos las actividades

manuales, artesanales, deportivas, literarias, de jardinería, coleccionismo, cuidado de animales, etc.

Ejemplo de actividades:

DEPORTES

Objetivos

a. Fomentar en los pacientes el interés por practicar algún deporte y/o realizar gimnasia. Ayudando a los pacientes a valorar la actividad física como algo deseable y que contribuye a su bienestar.

b. Estimular a los pacientes para que asistan a espectáculos deportivos.

Actividades

La utilización de las instalaciones deportivas municipales permitirán a los pacientes la practica organizada de al menos las siguientes actividades :

- Atletismo
- Baloncesto
- Balonmano
- Fútbol sala
- Fútbol once
- Frontón
- Natación
- Tenis.

MANUALIDADES

Objetivos

a. Motivar la afición de los pacientes por realizar diversos trabajos manuales buscando estimular su creatividad y e expresividad.

b. Estudiar los intereses y aptitudes de los pacientes como aporte a la orientación ocupacional del caso.

c. Fomentar en los pacientes el interés y conocimiento sobre ofertas de cursos o talleres en la comunidad.

TALLER AUDIOVISUAL

Objetivos

a. Entrenar en los pacientes las habilidades necesarias para el manejo de : radiocasette, maquina fotográfica y video.

b. Desarrollar el interés de los pacientes por éste

tipo de actividad. Ayudándoles a grabar sus cintas de música o a programar sus fotos, etc.

c. Elaborar un proyecto de formación de un taller de grabación de música, realización de fotografía y vídeo que permita a los pacientes el ejercicio autónomo de sus propias ideas en el uso de estos recursos.

d. Grabar en vídeo diversas actividades del CD durante éste trimestre.

NATURALEZA

Objetivos

a. Desarrollar en los pacientes el interés por conocer la vida de plantas y animales. Especialmente referida a la flora y fauna a su localidad, de la Comunidad Autónoma, de España y de regiones del mundo.

b. Promocionar las aficiones de coleccionismo.

c. Conocer la geografía local, de Galicia, española y de regiones del mundo.

d. Promover las salidas al campo.

LECTURA DE PRENSA

Objetivos

a. Fomentar en los pacientes el hábito de la lectura de periódicos, revistas y libros.

b. Favorecer su orientación a la realidad social, cultural, deportiva, política, etc.

c. Estimular su interés por comprender la realidad socio-cultural.

5. Habilidades sociales.

El entrenamiento se basa en provocar mediante diversas actividades de grupo, experiencias gratificantes y educativas del trato social. Su escalonamiento progresivo va desde la configuración de pequeños grupos para jugar o realizar tareas cooperativas, que son actividades poco amenazantes para el enfermo mental, especialmente frágil ante la interacción social intensa. Hasta el entrenamiento en habilidades sociales específicas, con una metodología activa basada en el juego de roles y en la retroalimentación.

Las habilidades sociales específicas a entrenar se pueden clasificar en 4 grupos de creciente complejidad:

a) Habilidades sociales básicas. Integradas por

repertorios gestuales y mímicos, componentes de la expresividad, aspectos no verbales del lenguaje. Y otros referidos a la percepción de estos elementos en el interlocutor.

b) Habilidades conversacionales. Habilidades para iniciar y mantener una conversación. Por ej. hacer preguntas abiertas, como dar libre información, etc.

c) Asertividad. Son las habilidades necesarias para resolver situaciones interpersonales, donde es necesario expresar con claridad y firmeza nuestro punto de vista, negociar situaciones, etc.

d) Repertorios específicos. Son entrenamientos referidos a situaciones concretas que está enfrentando el paciente o en las cuáles desea experimentar un progreso. Por ej. entrevistas para obtener empleo, o como lograr una cita.

Ejemplo de actividades:

ACTIVIDAD DE GRUPO

Objetivos

a. Crear un ambiente de interacción grupal a través de juegos y ejercicios de grupo en una atmósfera no amenazante y sí reforzante para todos.

b. Ayudar a los pacientes a entrar en una interacción grupal. Que aprendan a consensuar una opinión, a analizar colectivamente una situación, a desarrollar tareas de cooperación en grupo.

c. Diagnosticar en cada paciente sus dificultades para las relaciones interpersonales.

d. Motivar a los pacientes para un posterior entrenamiento en habilidades sociales.

HABILIDADES SOCIALES BASICAS

Objetivos

a. Ayudar a cada paciente a discriminar aspectos básicos de la conducta de interacción social:

- Aspectos no verbales (proximidad al interlocutor, orientación hacia el otro, expresión del rostro, mirada, postura, gestos).

- Cualidades de la voz (volumen, modulación, velocidad).

- Características de la conversación (extensión, generalidades, variedad de temas, sincronía).

- Expresividad emocional (lectura en el otro,

expresión propia).

b. Realizar un intensivo entrenamiento de estos aspectos básicos, siempre en las dos vertientes : identificándolos en el otro y utilizándolos él mismo.

c. Las situaciones de entrenamiento se basan en la realización de rol playing, usando situaciones de la vida cotidiana. El vídeo se utilizará para aumentar la retroalimentación.

Más ejemplos de actividades y un modelo de organización del entrenamiento se presentan en el capítulo once.

6. Actividades de la vida diaria

En ésta área se desarrollan programas de autocuidado personal en la higiene y aseo, en el cuidado de sus cosas y la autonomía en el comer, vestir y en la presentación personal. También en la orientación social, en el uso y administración del dinero, en el uso de transportes y medios de comunicación así como en la realización de diversos trámites en despachos públicos y en la participación social.

208 Ejemplo de Actividades:

- 1 Entrenamiento en habilidades de cocina.
- 2 Administración y manejo del dinero, personal y del grupo. Compras de alimentos, útiles de aseo y efectos personales.
- 3 Manejo y utilización de electrodomésticos. Limpieza y cuidado del piso.
- 4 Habilidades de autocuidado y presentación personal.
- 5 Lavado, planchado y arreglo de ropa.
- 6 Afrontamiento de emergencias domésticas.
- 7 Habilidades sociales para la convivencia con compañeros de piso y vecinos.

ORIENTACION CULTURAL

Objetivos

- a. Visitar con el grupo de tutelados puntos claves de orientación de la ciudad y alrededores. Estaciones de autobuses y trenes, plazas y edificios principales.
- b. Enseñarles a utilizar la guía y callejero. El mapa del metro y de los autobuses.
- c. Visitar grandes almacenes e hipermercados.
- d. Visitar fabricas, oficinas públicas y otros cen-

tros de interés.

e. Ensayar habilidades sociales para desenvolverse en diferentes ambientes y situaciones (por ej. para preguntar una dirección).

7. Rehabilitación cognitiva

Un programa completo y sistematizado se ofrece en el capítulo doce. Ejemplo de actividades:

ATENCION Y MEMORIA

Cuyos objetivos son:

1. Desarrollar con los pacientes una serie de ejercicios de estimulación de funciones cognitivas tales como :

- Atención. Atención selectiva.
- Percepción. Percepción social.
- Memoria visual (gráfica, de objetos, asociativa).
- Memoria auditiva y auditiva musical.
- Memoria táctil
- Memoria olfativa
- Memoria a largo plazo.

2. Desarrollar ejercicios integrativos de estas funciones en tareas más complejas como :

- Análisis de situaciones
- Solución de problemas.

SOLUCION DE PROBLEMAS

Objetivos

1. Ayudar a los pacientes a adoptar un punto de vista racional, adulto y de autocontrol ante las dificultades de la vida cotidiana. Preconizando una filosofía optimista y de racionalidad.

2. Entrenar a los pacientes en los 5 pasos fundamentales :

- a. Habilidades para especificar y acotar los problemas.
- b. Habilidades para generar soluciones alternativas.
- c. Elección de alternativas y estudio de las consecuencias.
- d. Valoración de las consecuencias y elección de la alternativa.
- e. Implementación y evaluación de resultados.

3. Buscar que los pacientes generalicen esta habilidad de afrontamiento de problemas a situaciones de la vida cotidiana. Utilizando para ello los autoregistros y tareas para la casa.

Metodología

- La Responsable dedicará las primeras sesiones a la necesidad de adoptar un punto de vista racional y adulto ante las dificultades de la vida.
- Las siguientes sesiones se dedicaran a especificar problemas entre los pacientes.
- Posteriormente dedicará algunas sesiones a perfilar respuestas a cada una de las dificultades que hayan expresado los pacientes. Comenzará con una técnica de "tormenta de ideas" para luego ir desbrozando aquellas alternativas más claras. Prestará especial atención en ayudar al grupo de pacientes a reflexionar sobre las consecuencias de cada alternativa.
- Las últimas sesiones se dedican a la implementación y evaluación.

REESTRUCTURACION COGNITIVA

Cuyos objetivos son:

* Ayudar a los pacientes a adoptar un punto de vista más racional y adulto en sus juicios frente a las dificultades y situaciones de la vida cotidiana.

8. Desarrollo emocional

Un modelo secuenciado de ejercicios se muestra en el capítulo diez. Ahora sólo presentamos algunos ejemplos de actividades :

RELAJACION Y ESQUEMA CORPORAL

Objetivos

- a. Ayudar a los pacientes a tener mayor conciencia de su esquema corporal.
- b. Entrenarles en un procedimiento de relajación muscular con el fin de alcanzar una autorelajación.
- c. Ayudar al paciente a configurar su ambiente habitual a fin de poder practicar ejercicios de relajación que se le prescriban.

AUTOESTIMA Y AUTOIMAGEN

Objetivos

- a. Ayudar a los pacientes a reconocer en sí mismos aspectos sanos, interesantes y valiosos socialmente.
- b. Fomentar su sentimiento de identidad y su biografía.
- c. Estimular una autoimagen realista pero que favorezca sentimientos de aserción.

PREVENCION DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESION

Objetivos

- a. Aumentar su introvisión respecto de los estados de ánimo. Que aprendan reconocer un estado de tensión y otro de tristeza.
- b. Fomentar su interés por relacionar estos estados de ánimo con situaciones ambientales y también cognitivas.
- c. Estimular la práctica de una serie de recursos para combatir el nerviosismo, la tensión, la apatía y la tristeza (uso de infusiones, ducharse, escuchar música, comer una golosina, cambiar la idea, pensar en una solución, anticipar una consecuencia agradable, etc.).
- d. Ayudarles a reestructurar cognitivamente situaciones ansiógenas y depresógenas.
- e. Fomentar en los pacientes habilidades de auto-control.

209

CONOCETE A TI MISMO

Objetivos

- a. Ayudar a los pacientes a lograr una mayor introvisión. Que aprendan a relacionar sus estados de ánimo e ideas con las circunstancias y situaciones cotidianas.
- b. Fomentar en los pacientes una autoimagen realista y que posibilite la aserción.
- c. Que aprendan a rotular sus estados de ánimo y sus puntos de vista.

EDUCACION SEXUAL

Objetivos

- a. Incrementar en los pacientes su conocimiento sobre su sexualidad y la del otro sexo.
- b. Ayudar a los pacientes a clarificar sus valores y actitudes hacia su propia sexualidad y la de otros.

c. Ayudar a los pacientes a adquirir habilidades para la interacción afectiva y sexual.

d. Promover entre los pacientes la superación de sus disfunciones sexuales. Aconsejando si es el caso el que acudan a una terapia específica.

Temario

- La identidad sexual y la autoestima.
- La forma de pensar sexualmente del hombre y de la mujer.
- Anatomofisiología de la sexualidad humana.
- Tópicos y creencias equívocas acerca de la sexualidad humana.
- El objetivo del sexo es el placer y no el rendimiento. La respuesta sexual masculina y femenina.
- Habilidades para la comunicación sexual.
- Las enfermedades de transmisión sexual.
- Los métodos anticonceptivos.

Metodología

- Se utilizará un material de educación sexual para adolescentes incluyendo la proyección de diapositivas y la visión de láminas y videos.
- Se solicitará la participación del Centro de Planificación Familiar del Área Sanitaria.

9. Psicoeducación de pacientes.

La intervención psicoeducacional busca estimular la comprensión del enfermo mental sobre su situación ayudándole a alcanzar un estilo de vida lo más sano y normal acorde con las características de la enfermedad que padece y los cuidados que requiere. Se realiza estimulando su madurez cognitiva, emocional y de autocontrol.

La Psicoeducación constituye para nosotros una de las áreas de intervención más significativas en la realización de Planes Individualizados de Rehabilitación Psiquiátrica. Quizás junto a las actividades de la vida diaria y las habilidades sociales constituya uno de los mejores predictores respecto del proceso de reinserción, establecido como meta en el plan de rehabilitación de cada paciente.

Un programa detallado se presenta en el capítulo diez.

10. Psicoeducación de familiares de personas con trastornos esquizofrénicos crónicos.

Una detallada discusión bibliográfica se ofrece en el capítulo nueve. Ahora me limitare a presentar, sucintamente, un modelo que en mi experiencia ha resultado muy útil. La metodología ha utilizar sería la de grupos multifamiliar. El modelo propuesto se basa en los estudios sobre el papel de la emoción expresada en la convivencia familiar y su relación con la tasa de recaídas, así como en la influencia de los acontecimientos vitales en el curso de la enfermedad mental y los factores moduladores, tiempo de contacto, mantenimiento de la medicación neuroleptica, solución de problemas, clima de apoyo socioafectivo al núcleo familiar.

Objetivos

- a. Orientar a los familiares respecto de la enfermedad que padecen los pacientes y las alternativas que ofrece la rehabilitación.
- b. Generar un clima de apoyo emocional entre las familias.
- c. Entrenar a los familiares en pautas de comunicación y de solución de problemas en la convivencia con el paciente.
- d. Favorecer actitudes de aceptación del paciente que permitan la reinserción familiar.

El desarrollo de cada grupo multifamiliar comprende el paso por tres módulos:

Modulo A:

Consiste en seis sesiones con una frecuencia de una sesión semanal estructuradas en torno a los siguientes temas :

1. Que es la enfermedad mental. Sintomatología de la esquizofrenia. Exposición de la teoría de la vulnerabilidad para caracterizar la situación de estar afectado de esquizofrenia.
2. Tratamiento psiquiátrico. Que son los neurolepticos, efectos principales y secundarios. Psicoterapias. Objetivos de rehabilitación desde la perspectiva del desempeño de roles sociales valiosos.
3. Vivencias de la familia ante el primer brote, las sucesivas hospitalizaciones, en la convivencia diaria. Ideas comunes ante la locura. Vivencias que experimenta el enfermo mental en el curso de su enfermedad.
4. Los altos niveles de emoción expresada como factor de riesgo en la convivencia familiar.

Modulación que ofrecen el tiempo de contacto paciente-familia, el mantenimiento de la medicación neuroleptica y los acontecimientos vitales.

5. Habilidades de comunicación con el paciente. Estrategia familiar de solución de problemas.
6. Recursos en salud mental y servicios sociales.

Modulo B

Son sesiones de entrenamiento con una frecuencia de una sesión cada quince días destinadas a entrenar habilidades de comunicación y de solución de problemas en la convivencia familiar del paciente. Con el siguiente contenido :

1. Habilidades de comunicación con el paciente esquizofrénico.
2. Como promover un análisis de los problemas de convivencia entre la familia.
3. Como se acotan, analizan, observan y registran las situaciones problemas.
4. Como se desarrollan alternativas de solución de problemas.
5. Como se implantan alternativas de solución de problemas.

Modulo C

Son sesiones de apoyo y orientación con una frecuencia de una mensual.

Las sesiones de los módulos A y B se realizarán utilizando recursos didácticos, un apoyo de un texto escrito que se entrega a las familias, tareas para la casa y fomento de la elaboración de ideas en pequeños grupos por los asistentes. El modulo C procura que la iniciativa en la estructuración de cada sesión recaiga en el propio grupo multifamiliar, se procura detectar los líderes y promocionar su actuación en torno a los objetivos psicoeducacionales.

5. CRONOGRAMA DE LA ATENCION DEL CASO EN EL CENTRO DE DIA.

Se estima la siguiente secuencia temporal desde la admisión del caso hasta su alta :

A. Recepción de la solicitud de derivación del caso hecha por la Unidad de Salud Mental.

B. Estudio de la documentación enviada por el USM. Toma de decisión sobre la disponibilidad de plaza y la idoneidad del caso para atenderlo en el

Centro de Rehabilitación.

C. Citación del caso con sus familiares. Comienza el proceso de evaluación.

D. Entrevista entre el psicólogo evaluador y el psicoterapeuta que deriva el caso. Consenso en torno al Plan individualizado de rehabilitación y reinserción. Acuerdos de tareas de rehabilitación en el Centro de Rehabilitación. Designación de los pasos de reinserción en los cuáles participa personal del Equipo comunitario de la USM.

E. Firma del contrato de rehabilitación donde se fija los objetivos de la estancia del paciente en el Centro de Rehabilitación.

F. Incorporación del paciente y su familia en las actividades previstas de rehabilitación. Participación en actividades de animación sociocultural.

G. Reuniones periódicas entre el tutor y el psicoterapeuta del caso en donde se valora el progreso y las dificultades en la realización del plan de rehabilitación del caso.

H. Acuerdo del alta del Centro de Rehabilitación en consenso con el psicoterapeuta del caso.

► Bibliografía

Albee, G.W. : A competency model to replace the defect model. En Gibbs, M.S., Lachenmayer, J.R. y Sigal, J. (eds.). Community Psychology. New York, Gardner. 1980.

Allen, C. y Mendel, W. : Chronic illness and staff burnout. Revised expectations for change in the supportive care model. Int. J. Part. Hosp., 1, 191-201. 1982.

Anderson, C.; Reiss, D.; Hogarty, G. : Esquizofrenia y Familia. Guía práctica de psicoeducación. Amorrotu, 1989.

Anderson, C. et al. : Expressed emotion and social networks of parents of schizophrenics. Brit. J. of Psy. 144, 247-255, 1.984.

Bachrach, L. : Young adult chronic patients, a review. Hosp. & Community Psy., 33, 3, 189-197, 1.982.

Barter, J. et al. : A psychoeducational approach to educating chronic mental patients for community living. Hosp. & Community Ps., 35, 8, 793-800, 1.984.

Bennett, D. et al. : Towards a family approach in a psychiatric day hospital. Br. J. of Psychiat., 129, 73-

81, 1976.

Berkowitz, R. et al.: Therapeutic intervention with schizophrenic patients and their families. *J. of Family Therapy*, 6, 211-233, 1984.

Biddle, B. : Recent development in role theory. *Ann. Rev. Social*, 12, 67-92, 1986.

Biestek, F. : Las relaciones de casework. Aguilar, 1966.

Bigelow et al. : The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. En Tash, W. y Stahler, G. (eds.) : *Innovative approaches to mental Health evaluation*. N.Y., Academic Press, 1982.

Breier, A. and Strauss, J. : Self-control in psychotic disorders. *Arch. Gen. Psy.* 40, 1141-1145, 1983.

Brown, G y Birley, J. : Crises and life changes and the onset of schizophrenia. *J. of Health Soc. Behav.*, 9, 203- 214, 1968.

Brown, G. et al. : Influence of family life on the course of d schizophrenic disorders. *Brit. J. of Psy.*, 121, 241- 258, 1972

212 Carnegie, D. : *Cómo ganar amigos*. Sudamericana, 1966.

Casado, D. : Introducción a los Servicios Sociales. Acebo, 1987.

Caton, C. : Housing alternatives. En *Management of chronic schizophrenia*. Oxford University Press, 1984.

Costa, M. y Lopez, E. : La psicología comunitaria: un nuevo paradigma. *Papeles del Colegio*, 2, 17-22, 1982.

Costa, M. Lopez, E. : *Salud Comunitaria*. Martinez Roca, 1986.

Craig, T. et al. : The dynamics of hospitalization in a defined population during deinstitutionalization. *American J. of Psy.*, 141, 6, 782-785, 1984.

Creer, C. et al. : The role of the relatives. En Wing (ed.) : *Long term community care*. Psychological Medicine, monograph supplement, 2, 1982.

Cromwell, R.L. Strategies for studying schizophrenic behavior. *Psychopharmacologia*. 24, 121-146, 1972.

Davis, M. y otros : Técnicas de autocontrol emocional. Martinez Roca, 1985.

Desviat, M. Los programas de los servicios de salud mental de Leganés. *Psiquiatría publica* 1, 13-22, 1987

Ekdawi, M. : Counselling in rehabilitation. En Wing, J. y Morris, B (eds.) : *Handbook of Psychiatric Rehabilitation Practice*. Oxford University Press, 1981.

Espinoza, J. : *Cronicidad en Psiquiatría*. AEN, 1986.

Falloon, I. et al. : *Family care of schizophrenia*. Guilford Press, 1985.

Falloon, I. and Marshall, G. : Residential care and social behaviour, a study of rehabilitation needs. *Psychological Medicine*, 13, 341-347, 1983.

Faulkner, L. et al. : Productive activities for chronic patient. *Community Mental Health J.*, 20, 2, 109-122, 1984.

Fernandez-Ballesteros, R. : *El ambiente*. Análisis psicológico. Piramide, 1987.

Fernandez, M. y otros : *La enseñanza por el entorno ambiental*. Ministerio de Educación y Ciencia, 1981.

Garety, P. y Morris, I. : A new unit for long stay psychiatric patients : organisation, attitudes and quality of care. *Psychol. Medicine*, 14, 183-192, 1984.

Gibbons, J. et al. : Schizophrenic patients and their families : a survey in psychiatric service based on a DGH unit. *Br. J. of Psychiat.*, 144, 70-77, 1984.

Gloag, D. : *Psychiatric Rehabilitation*. Br. J. Medical, 290, 1985.

Goldman, C. and Quinn, F. : Effects of a patient education program in the treatment of schizophrenia. *Hosp. & Community Psy.* 39, 3, 282-286, 1988.

Goldstein, J. y Caton, C. : The effects of the community environment on chronic psychiatric patients. *Psychol Med.*, 13, 193-199, 1983.

Greenberg, L. et al. : An interdisciplinary psychoeducation program for schizophrenic patients and their families. *Hosp. & Community Psy.*, 39, 3, 277-282, 1988.

Hall, J. : The content of ward rating scales for long stay patients. *Br. J. of Psychiat.*, 130, 287-293, 1977.

Hall, J. : Ward rating scales for long stay patients : a review. *Psychol. Med.*, 10, 277-288, 1980.

Hostie, R. : *Técnicas de dinámica de grupo*. ICCE, 1977.

Hughes, P. y Mullins, L. : *Psychiatric care. An occupational therapy guide to exercises in daily living skills*. SLACK, USA, 1981.

INSERSO *Rehabilitación internacional*. Carta para los años 80. Madrid 1982.

- Intagliata, J. and Baker, F. : Factors affecting case management services for the chronically mentally ill. *Administration in Mental Health*, 11, 2, 75-91, 1983.
- Jackson, M. : Programas de entrenamiento en habilidades de autocuidado. *Revista Siglo Cero*, 56, 52-53, 1978.
- Jo, W. y Taylor, M. : Como desarrollar las aptitudes psico-linguísticas. *Martínez Roca*, 1984.
- Kelly, J. : Entrenamiento de las habilidades sociales. *DDB*, 1987.
- King, R. et al. : Patterns of residential care. *London Routledge and Kegan Paul*, 1971.
- Kruzich, J. and Kruzich, S. : Milieu factors influencing patient's integration into community residential facilities. *Hosp. & Community Psy.* 36, 4, 378-382, 1985.
- Leff, J. and Vaughn, C. : Expressed emotion in families : its significance for mental illness. *Guilford Press*, 1985.
- Lehman, A. : The well-being of chronic mental patients. *Archives Gen. Psy.*, 40, 369-373, 1983.
- Lieberman, R. et al.: Personal effectiveness. *Research Press*, 1975.
- Lieberman, R. *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. American psychiatric press. 1988
- Lovett, A. : A house for all reasons : the role of housing in community care. En Reed, J. and Lomas, G. (eds.). *Psychiatric Services in the Community*. *Crom Helm, London*, 1984.
- McKay, M. y otros : Técnicas cognitivas para el tratamiento del stress. *Martínez Roca*, 1985.
- Mecheibaum, D. : Manual de inoculación del estrés. *Martínez Roca*. 1987.
- Moccio, F. : El taller de las terapias expresivas. *Paidós*, 1980.
- Neufeld, R. : Psicopatología y stress. *Toray*, 1984.
- Otero, V. y Rebolledo, S.: Escala de desempeño psicosocial. Adaptación española del SBAS. *Psiquis*, XI, 39-47, 1990.
- Otero, V. y Rebolledo, S.: Evaluación de un programa de rehabilitación psiquiátrica. *Piquis*, 13, 3, 135-142, 1992.
- Otto, J. and Moos, R. : Evaluating descriptions of psychiatric treatment programs. *Amer. J. Orthopsy.*, 43, 3, 401-409, 1973.
- Platt, S. et al. : The social behaviour assessment schedule (SBAS) : rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Soc. Psychiat.*, 15, 43-55, 1980.
- Presly, A. et al. : Predictors of successful rehabilitation in long-stay patients. *Acta Psy. Scand.*, 66, 83-88, 1982.
- Proshansky, H., Ittelson, W., Rivlin, L. : *Psicología ambiental*. *Trillas*, 1978.
- Rebolledo, S. y Pastor, A.: Programas y recursos de los dispositivos de rehabilitación psiquiátrica. *Psiquiatría Pública*, 3, 4, 204-214, 1991.
- Rebolledo, S.: El programa de rehabilitación en los servicios de salud mental. *Siso Saude*, monográfico N° 5, 1993.
- Rebolledo, S. y Lobato, M.J.: Como afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares y afectados. *Colección Saúde Mental, Xunta de Galicia*, 1995.
- Ruiz Vargas, J. : Esquizofrenia, un enfoque cognitivo. *Alianza*, 1987.
- Scheff, T. : El rol de enfermo mental. *Amorrortu*, 1973.
- Schultz, J. and Dark, S.: *Enfermería Psiquiátrica*. *Planes de cuidado*. *Interamericana*, 1984.
- Segura, M. y otros: Análisis y modificación del comportamiento social. *Colección apuntes del Centro Luria*, 1985.
- Servicio Internacional de Información sobre Subnormales: El subnormal en la tercera edad. 1982.
- Servicio Internacional de Información sobre subnormales: Vivienda y convivencia del subnormal. 1984.
- Sheets, J. et al. : Young adult chronic patients. *Hosp. & Community Psy.*, 33, 3, 197-203, 1982.
- Shepherd, G. : Institutional care and rehabilitation. *Longman*, 1984.
- Shepherd, G. *Rehabilitation psychiatry*. En Bradley y Thompson, *Psychological application in psychiatry*. 1983
- Smith, M : Cuando digo no me siento culpable. *Grijalbo*, 1977.
- Strauss, J. y Carpenter : The prediction of outcome in schizophrenic. *Arch. Gen. of Psychiat.*, 31, 37-42, 1974.
- Strauss, J y Carpenter, W : Prediction of outcome in schizophrenia. *Arch. Gen. of Psychiat*, 34, 159-163, 1977.
- Talbott, J. : The chronically mentally ill. *Grune Straton*, 1984.
- Trower, P. et al. : Social skills and mental health. *Methuen*, 1978.

Vizcarro, C. y Arévalo, J. : Emoción expresada. Estudios de Psicología, 27, 87-109, 1.987.

Watts, F and Bennett, D. : Theory and Practices of Psychiatric Rehabilitation. J. Wiley & Sons, 1.983.

Wing, J. : Who becomes chronic?. Psy. Quartely, 50, 3, 178-190, 1.978.

Wolfensberger, W. : The principle of normalization in human services. National Institute of Mental Retardation. Toronto. 1.972.

Wolfensberger, W. y Glenn, L. : Programa de

análisis de sistemas de servicios. Un método para la evaluación cuantitativa de los servicios sociales. Edición de SADMA. Vitoria, 1.982.

Zubin, J and Spring, B. : Vulnerability. J. of Abnormal Psychology, 86, 2, 103-126, 1.977

Zubin, J. et al. : The metamorphosis of schizophrenia from chronicity to vulnerability. Psychological Medicine, 13, 551-571, 1.983.



Pisos protegidos. Una experiencia en Rehabilitación

Marisé Rodríguez Moreira

El proceso de reforma psiquiátrica que se viene desarrollando en todas las Comunidades Autónomas - aún con diferencias en cada una de ellas- nos hace reflexionar sobre uno de los postulados sobre los que se orienta dicha reforma esto es:

- Se potenciará el desarrollo de recursos de soporte social alternativos a la institucionalización.

Así mismo, en el Decreto 389194 de 5 de Diciembre de 1994 de la Xunta de Galicia, en su artículo 16, describe las unidades de apoyo comunitario, tales como Pisos Protegidos, Talleres y Residencias.

Aunque el postulado anteriormente reseñado y la legislación de la Xunta de Galicia apoyan el desarrollo de alternativas residenciales como los Pisos protegidos, creo que estas alternativas van mucho más allá, puesto que tienen que ver con la dignidad de la persona y con el incremento de los derechos humanos de los pacientes. Así, en el año 1975, la O. N. U. decretó que el nivel de ubicación de un paciente está relacionado con su persona.

En la práctica diaria, observamos que un área deficitaria y conflictiva en cuanto a las necesidades que plantean las personas con trastornos graves y de varios años de evolución, era la residencial y/o de convivencia. Constatamos la existencia de pacientes que viven solos, pacientes que su familia no se responsabiliza de su atención; en otros casos, se daban

alteraciones en la familia, que unas veces tenían que ver con el paciente y otras con la propia dinámica familiar. 215

Estas observaciones nos hicieron ver la necesidad de crear dispositivos residenciales para estos enfermos, con la idea de mejorar su calidad de vida e incluso la de sus familiares.

En el año 1988 nos encontramos con que existía un número de pacientes que, por causas fundamentalmente sociales, se iban cronificando, entre otros motivos, por no disponer de alternativa residencial; no son pacientes de Residencia (por edad); no tienen cabida en sus núcleos familiares (o estos no existe), y son suficientemente autónomos.

A partir de este grupo, se hizo un proyecto de Pisos Protegidos, que se presenta a la Dirección del Centro y a la Consellería de Sanidade (a esta última con intención de obtener cobertura económica).

El primer paso antes de iniciar la experiencia en la comunidad, fue reunir a varios Pacientes que, pensamos, serían capaces de convivir en grupo e iniciar el proceso en un piso dentro del recinto del Hospital, al que nosotros llamamos Pre-piso o piso-Escuela : es el "laboratorio" en donde se refuerza la autonomía y se intenta gestionar correctamente las necesidades de dependencia de los pacientes, mediante planes terapéuticos individuales y grupales.

Para poder formar parte de este grupo, los candidatos deberán, al menos, reunir estas características:

- a) Tener su patología suficientemente controlada para que una vida de relación sea posible, y su fiabilidad comportamental permita una supervisión a distancia durante tardes/noches, fines de semana.
- b) Tener motivación al aprendizaje en aspectos básicos, que permita una menor dependencia institucional, pese a sus patologías crónicas (y que, a defecto del paso al Prepiso, estarían en la Institución).
- e) Que existan precedentes de reiterados fracasos relacionales con la propia familia, o esta no exista (real o funcionalmente).

Como observación práctica, añadir que:

- Las residualidades psicopáticas de los pacientes no deben incluir rasgos sociooáticos.
- Los pacientes deben poseer una fuente, aunque sea mínima de ingresos (generalmente algún tipo de prestación económica).

Una vez constituido el grupo y observado su funcionamiento y adaptación en el Pre-Piso durante un tiempo, se puede dar el siguiente salto, que sería el paso a la comunidad. Para ello, lógicamente, es imprescindible la localización de la vivienda que deberá reunir unas determinadas condiciones:

1. Relativa proximidad del Hospital para intervenciones de apoyo.
2. Situación que permita una fácil relación con la comunidad (compras, lugares de encuentro, etc.).

La idea de la casa va unida a la presencia de una persona, generalmente de la zona, que inicialmente deberá desarrollar las funciones de: limpieza y comida, organización del abastecimiento de alimentos y movilización de los pacientes en la participación de las tareas domésticas.

Para la localización de la vivienda y de las personas candidatas a desempeñar el trabajo anteriormente dicho, contamos con la colaboración de los Servicios Sociales de Atención Primaria de la zona.

Así, el 15 de Noviembre de 1988 se pone en marcha el primer piso en Salceda de Caselas (un pueblo a 30 Km. del Hospital) con cinco pacientes varones.

Este es un proyecto en el que el esfuerzo de todo el equipo es evidente: personal enfermero con el día a día y seguimiento de los pacientes; el médico para problemas puntuales que pudieran presentarse, y el trabajador social como coordinador y gestor.

Los problemas, indudablemente, han sido muchos, desde conseguir el alquiler (buscar fórmulas para el arrendamiento) hasta cuidar del entorno, regresando al Hospital a algún paciente que sabíamos no daría problemas, pero asustaba al vecindario por su forma de hablar y expresarse.

► Objetivos generales de los pisos protegidos

- * Fomento de las relaciones interpersonales
- * Fomentar la cohesión grupal.
- * Integración social en grupos normalizantes.
- * Adaptación al medio social.
- * Integración en la red sanitaria general.
- * Mantenimiento de los vínculos familiares.

Quiero dejar constancia de que cualquier proyecto de este tipo que surja en un grupo de trabajo, puede llevarse adelante con tres premisas fundamentales:

- * Imaginación
- * Ilusión
- * Que los gestores te dejen hacer (esta fue la ventaja que tuvimos nosotros).

► Financiación

En el proyecto inicial se incluye la viabilidad económica, en donde se contemplan los siguientes capítulos de gastos:

- * Alquiler
- * Salario de la Empleada de Hogar. Seguridad Social.
- * Gastos de alimentación.
- * Gastos de infraestructura (electricidad, agua, reparaciones, etc.).
- * Gastos personales.
- * Al inicio, gastos de implantación (mobiliario y enseres domésticos).

Para la financiación de este proyecto hemos firmado, en los primeros años, un convenio entre la Diputación Provincial de Pontevedra y el Servicio de Saúde Mental de la Consellería de Sanidade e Servicos Sociais de la Xunta de Galicia, en donde se hace constar que la Consellería aporta la cantidad de 1.500.000 pts. piso/anuales para financiar parte de los

gastos; la diferencia hasta cubrir los gastos totales es aportada por los propios paciente de sus prestaciones económicas; es obvio que la cantidad aportada deberá ser acorde con sus ingresos, para que les pueda permitir el mantenimiento de sus necesidades personales.

La Dfputación Provincial, a través del centro que nos ocupa, aporta el personal necesario para la cobertura asistencial.

► Equipo de seguimiento

En principio, se hacía desde las salas de hospitalización, pero comprobamos que, a medida que la red se expande, surgen dificultades. El funcionamiento se optimiza con la misma gente, con los mismos mensajeros. Por ello hemos creado un equipo personal de enfermería (Auxiliares Psiquiátricos) dedicado a los pisos, con apoyo de un psiquiatra y un trabajador social a tiempo parcial. Es fundamental la coherencia y la continuidad.

A la implantación de un piso en la comunidad, es necesaria la presencia física diaria del personal, tanto para estar atentos a la marcha de la convivencia como para instruir a la Empleada de Hogar sobre aspectos peculiares de su trabajo, o para transmitir seguridad. Poco a poco se irá espaciando su presencia, hasta mantenerla en el mínimo que requiera cada piso. Del esfuerzo de todo el Equipo dependerá, en gran medida, el éxito del proyecto.

► Funcionamiento actual

Como he señalado anteriormente, hemos puesto en marcha el primer piso en el año 1988; desde ese momento hasta la fecha, la red se ha ampliado a seis pisos en la comunidad y dos Pre-pisos.

A través de estos años de experiencia, hemos aprendido muchas cosas, cometido errores y también nos han sorprendido en numerosas ocasiones; por ello me atrevo a señalar algunas observaciones prácticas:

1) Solamente un piso es de mujeres, el resto es de

varones. Creemos que tiene que ver con la integración social y familiar de la mujer en nuestro medio social. Es mucho más fácil integrar a una mujer con su familia (por causas que requerirían otro capítulo) que a un hombre, y con ello lógicamente las pacientes que van quedando en el Hospital tienen una patología tan grave que hace imposible su convivencia en un piso protegido.

2) Los dos primeros pisos se localizan en una zona eminentemente rural. Pensamos que la tolerancia del medio, la facilidad para adaptarse y la colaboración de las fuerzas vivas sería más fácil; sin embargo, la experiencia nos ha demostrado que cada grupo es distinto y, lógicamente, hay que buscar el lugar adecuado. Un piso de jóvenes estará mejor relacionado en la ciudad; también es cierto que buscando siempre zonas semi-urbanas.

3) No podemos definir claramente que tipo de pacientes son los adecuados, pero si lo podemos hacer con los que no encajan. Son los que su patología incluye rasgos sociopáticos. Los reiterados intentos con este tipo de pacientes han resultado mal, siempre han terminado en fracaso.

Esperamos que proyectos como el nuestro se pongan en marcha en otras zonas de nuestra Comunidad Autónoma, ya que la experiencia es altamente positiva y gratificante. Se han conseguido logros que jamás hubiéramos imaginado, y ahora decimos en el equipo de Rehabilitación que el techo rehabilitador de los pisos no sabemos donde está, ni hasta donde alcanzará.

Para finalizar, deseo señalar la importancia de contar con otros recursos especializados o no, como pueden ser los Talleres Ocupacionales, Centros de Día Centros Sociales, en los que los pacientes puedan ocupar su tiempo libre y comenzar desde allí una nueva relación social, así como que los Servicios Sociales y Sanitarios asuman estos recursos, buscando fórmulas de gestión que optimicen los resultados. Gestión que podría ser compartida también por asociaciones de usuarios, Administración y Técnicos en Salud Mental.



Diseño de una unidad hospitalaria de Rehabilitación

María José Lobato Rodríguez

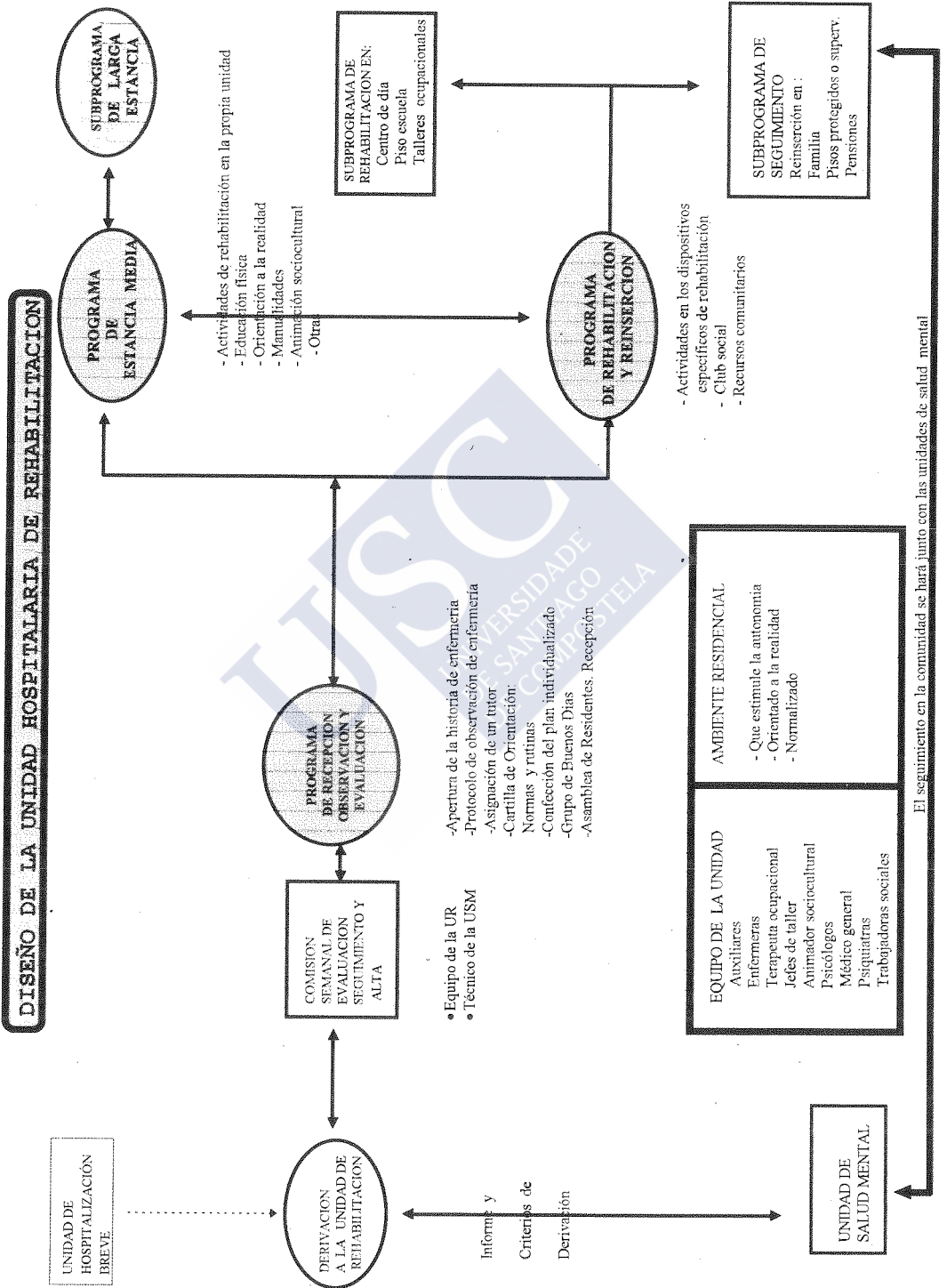
“Al planificar una unidad deberían tenerse en cuenta las realidades del personal de la unidad y de los pacientes implicados. Una de las dificultades que se encuentran habitualmente a la hora de iniciar una unidad es sortear el laberinto burocrático o simplemente las normativas tradicionales, para poder conseguir cosas tan triviales como los ingredientes necesarios de las cocinas del hospital para que los pacientes se puedan preparar su propio desayuno. Las habilidades necesarias para sortear tales laberintos no se enseñan en las escuelas medicas o de enfermería, por lo que el personal necesita una gran cantidad de iniciativa y perseverancia. La tentación para el personal de la unidad es creer que los cambios pueden iniciarse rápidamente. “Tal punto de vista es ingenuo. La cuestión es que las organizaciones como las escuelas y los hospitales, al igual que dragones, se comerán a los “héroes” innovadores en el desayuno” (Georgiades y Phillimore, 1975)” (Hall, 1991)

► Introducción

Las nuevas Unidades de rehabilitación son el resultado de los procesos de reforma y transformación del antiguo hospital psiquiátrico y de las demandas provenientes del desarrollo de una red comunitaria de servicios de salud mental.

Antes por tanto de iniciar lo que sería el programa de rehabilitación propiamente dicho son necesarios cambios organizacionales en el hospital en general. Estos cambios incluyen entre otras cosas la evaluación clínica y funcional de los pacientes en dos grandes grupos: de estancia media y de larga estancia. Dentro del primer grupo se pueden distinguir entre pacientes a transinstitucionalizar (por ej., pacientes que es posible trasladar a Residencias de válidos) y también pacientes a reinsertar, para esto último suele ser muy útil organizar una comisión conjunto con servicios sociales de la comunidad que pueden proporcionar cuidados residenciales, para que podamos tener eso ganado a la hora de externalizar a los pacientes. Acabado el proceso de reforma y desinstitucionalización la mayoría de los pacientes, de estancia media, serán derivados por la Unidad de Salud Mental, son aquellos “pacientes cuya patología exige una actuación terapéutica activa de duración intermedia cuando no esté indicado realizarla en otros dispositivos de hospitalización total o parcial”, según se recoge en el artículo 15, del Decreto 389/1994, de 15 de diciembre, por el que se regula la salud mental en Galicia, que define las Unidades Hospitalarias de Rehabilitación.

La reforma de los hospitales psiquiátricos en Unidades Hospitalarias de Rehabilitación (UHR) exige la configuración de espacios lo más normaliza-



dos posibles, con estímulos que promuevan en los pacientes el ejercicio de comportamientos y roles lo más similares a la vida comunitaria y dotados de programas que se acerquen a la reinserción social.

Los criterios que ofrece la rehabilitación psicosocial demandan nuevas actitudes en el personal, quizás el estamento de enfermería es el que debe realizar las mayores modificaciones. En una Unidad Hospitalaria de Rehabilitación (UHR), el personal debe desarrollar vocación de enseñanza de habilidades para la superación de los estigmas y consecuencias de las graves enfermedades mentales.

El adecuado funcionamiento de estas Unidades Hospitalarias de Rehabilitación (UHR) exige una estrecha coordinación con las Unidades comunitarias de Salud Mental (USM). Tanto para los ingresos, para la confección de objetivos y actividades durante el ingreso, como para las altas se exige un trabajo conjunto. Es necesario, por tanto, crear los canales de intercambio de información y unos espacios regulares para el encuentro de miembros de ambos equipos que aseguren coherencia entre los diferentes enfoques y actuaciones coordinadas. Estos pacientes, exigen en muchos casos, actitudes activas de búsqueda del contacto y ponen a prueba la consistencia de la red de servicios.

La estancia en una UHR debe ser siempre programada desde las USM, quienes deben utilizar el ingreso dentro de un programa asistencia amplio. El paciente puede provenir de una Unidad de Hospitalización Breve o de su medio comunitario y el ingreso debe ser analizado con el paciente y su terapia habitual, fijando objetivos y actividades. El tiempo total de estancia debe estar limitado por la consecución de los objetivos propuestos, pero un tiempo mayor a seis meses aconsejaría una modificación de objetivos haciéndolos más asequibles y/o una búsqueda de otras alternativas rehabilitadoras.

Esta unidad es concebida como un alojamiento con cuidados de enfermería psiquiátrica 24 hrs. destinada a personas con procesos psicóticos o graves trastornos del comportamiento, refractarios al tratamiento dispensado en forma ambulatoria.

Este alojamiento y sus rutinas debe recrear, en lo posible, unas exigencias y condiciones de vida lo más normalizadas posible. "El prestar atención, simplemente a la "normalización" de los cuartos de baño de una unidad puede llevar a una mejoría significativa de las habilidades de autocuidado" (Hall, J. 1983). Los pacientes deben verse implicados en las rutinas

domésticas, responsabilizándose de una forma progresiva de su autocuidado, de su tratamiento y de establecer relaciones con sus compañeros. Para ello el equipo de enfermería cuenta con dos instrumentos básicos: el sistema de tutorías y la terapia ambiental.

Los pacientes ingresados en ésta Unidad son dotados de un Plan individualizado en el que se establecen los objetivos de su estancia y las actividades de tratamiento y rehabilitación que se prescriben para alcanzarlos. Estas actividades de tratamiento y rehabilitación no deben ser realizadas, en su totalidad en la propia Unidad, puesto que esto traería como consecuencia una mayor institucionalización del caso. Los pacientes deben asistir a los dispositivos que se prescriban para ellos: por ej. en un plan individualizado más orientado al tratamiento puede acudir a un hospital de día o en un plan más orientado a la rehabilitación acudir a un Centro de Rehabilitación o a unos Talleres Ocupacionales.

► Derivación e ingreso de casos en la unidad hospitalaria de Rehabilitación

Los casos a ingresar, necesariamente deben ser presentados por el equipo de la USM, aunque venga derivados directamente desde la Unidad de Hospitalización Breve. Los criterios de derivación deben ser amplios, puede pactarse con la USM el aceptar todos los casos que se derivan, con la contrapartida de que la USM acepte también todas las altas desde la UHR. Estarían normalmente excluidos, de todos modos los pacientes que presenten las siguientes patologías: toxicomanías, psicopatías y demencias.

Los informes de derivación deben contener al menos los siguientes datos:

Identificación del paciente y los profesionales que le atienden en la USM.

Diagnóstico y tratamiento farmacológico y psicoterapéutico recibidos y actuales.

Historia clínica. Forma de comienzo, historia de ingresos psiquiátricos, evolución sintomática, deterioros observados. Conciencia de enfermedad del paciente y actitud ante el tratamiento. Efectos secundarios de la medicación. Enfermedades somáticas.

Historia escolar y laboral.

Relaciones interpersonales. Afectividad y sexualidad.

Hábitos y actividades de la vida diaria.

Relaciones familiares. Genograma familiar.

Clima familiar. Nivel de comunicación con el paciente, capacidad de afrontamiento de la familia de los problemas de convivencia. Demandas que realiza la familia.

Fijación de objetivos del ingreso y estimación del tiempo.

3 ► Comisión semanal de evaluación, seguimiento y alta

Esta comisión estaría formada por el responsable de la UHR, y los profesionales de los distintos subprogramas así como un técnico de la USM que podría ser un DUE y/o el Trabajador Social.

La función de esta comisión sería la evaluación de los casos derivados, colaborar en la confección del plan individualizado, seguimiento de los casos ingresado, preparación del plan para el alta y coordinación con otros dispositivos.

Programas de la unidad hospitalaria de Rehabilitación

Es necesario dotar a la Unidad de unas actividades estructuradas que permitan una clara orientación al paciente y una evaluación continua del trabajo que se realiza. Se proponen 3 subprogramas básicos:

Programa de recepción, observación y evaluación

Serían las acciones que se emprenden una vez aceptado el caso en la Unidad. Se inicia con la apertura de una historia de enfermería y el uso de protocolos para la observación de los hábitos y comportamiento del paciente, al menos durante una semana. Esta actividad finaliza con la confección de su plan individualizado de estancia. Este plan debe decidir cual de los subprogramas será el más adecuado para conseguir los objetivos del paciente.

Durante el tiempo que dure este subprograma los criterios para la permanencia del paciente en un espacio u otro de la unidad, vendrá determinado fundamentalmente por la gravedad de sus síntomas o trastornos de conducta al ingreso.

Durante éste período se le asigna un tutor y éste se responsabiliza de que el paciente sea presentado a sus compañeros y se oriente en los distintos espacios y rutinas de la Unidad.

Sistema de tutoría

Constituye una forma de organización del equipo de enfermería para dispensar cuidados individualizados a pacientes ingresados. El tutor es un auxiliar de enfermería, que bajo la supervisión de un Diplomado Universitario de Enfermería (DUE) se responsabiliza, de que un pequeño grupo de usuarios de la Unidad reciba los cuidados que requieren.

El tutor procurará que su grupo de tutelados reciba una adecuada atención en higiene y cuidado personal, tratamientos médicos, psicológicos y de enfermería, realice las actividades de la vida diaria, como cuidado y orden de su habitación, lavado, planchado y cuidado de su ropa y que asista a las actividades de tratamiento y rehabilitación que se le prescriban así como asegurar los contactos con la familia.

No se trata de que el tutor administre personalmente estos cuidados sino más bien que supervise que su tutelado los recibe. Demandando para ello las actuaciones de médicos, psicólogos, trabajadores sociales y otros implicados.

El tutor es el "abogado" del paciente y procura que su tutelado cumpla el plan individualizado de tratamiento y rehabilitación que se ha escrito para él.

Dependencia de los tutores

Cada tutor es supervisado por un DUE y estos a su vez dependen del supervisor de enfermería de la Unidad.

Áreas de intervención en la tutoría

Son los aspectos claves que cada tutor debe evaluar y en su caso procurar la atención que cada tutelado requiera. Estos aspectos son:

Que el plan individualizado de rehabilitación haya sido escrito y sea conocido por el paciente, su familia y

el mismo tutor. Que en éste plan figuren las intervenciones de tratamiento y rehabilitación y sus objetivos.

- Desarrollo del autocuidado del paciente en aseo personal, orden de su habitación, lavado, planchado y arreglo de su ropa, administración de su dinero, sueño y reposo.
- Estimulo y mantenimiento de actividades de ocio y tiempo libre.
- Procurar el incremento y adecuación en las relaciones interpersonales
- Incrementar su conocimiento y utilización de recursos comunitarios.
- Favorecer las relaciones familiares.

La cartilla de orientación al paciente

Se trata de un recurso escrito de orientación que se ofrece al paciente a su ingreso. Donde deben figurar las normas y rutinas y horarios en la unidad, así como el nombre de su tutor, su médico, psicólogo y trabajador social.

► Programa de estancia media

Es el programa de actividades que se da en la propia Unidad y destinado a atender a los pacientes más discapacitados o que por sus actuales discapacidades, necesitan ambientes y actividades muy estructurados, que compensen su falta de control y les den seguridad, normalmente no pueden salir de la unidad si no están acompañados. Las actividades son en pequeño grupo (5 a 8 pacientes) e incluso individualizadas cuando el caso lo requiere. Están destinadas a ayudar a la compensación del paciente mediante la orientación y la ocupación. Organizando el comportamiento del paciente en función de objetivos.

Las actividades deberían ir desde la reconstrucción de un esquema corporal mediante: psicomotricidad, educación física, expresión corporal, baile u otra actividad física que esté en consonancia con los intereses y la cultura del paciente. Pasando por actividades de orientación en el tiempo, espacio, social y biográficamente. Trabajos manuales y de artesanía pueden también ayudar al paciente a estructurar su comportamiento.

Los criterios para la inserción de los pacientes en este programa vendrán determinados fundamentalmente por la gravedad de sus síntomas.

Subprograma de larga distancia

Las actividades en este subprograma serán básicamente las mismas que en el programa anterior, primando en esta unidad las actividad más relacionadas con la animación sociocultural y las relacionadas con la orientación a la realidad. Los pacientes adscritos a este subprograma serán los provenientes del viejo sistema hospitalario que por su edad o imposibilidades de reinserción no puedan ser dados de alta, ni tampoco esté indicado una transintitucionalización a una residencia de la tercera edad.

Al tratarse de pacientes en su mayoría de edad avanzada, precisarán cuidados médicos y de enfermería más orientados a los problemas de salud física, característicos de esta población.

► Programa de rehabilitación y reinserción

Se trata de un incremento progresivo de las exigencias de normalización del paciente. Donde a la asistencia a un dispositivo externo a la unidad y participación de los recursos comunitarios, se suma su participación responsable y crecientemente autónoma en las tareas domésticas de orden y cuidado de su habitación, de su ropa, del aseo personal. También debe considerar la participación en actividades grupales de autogobierno de la unidad. 223

Subprograma de rehabilitación en:

Centro de día

Si bien la propia unidad puede ser un buen lugar para el entrenamiento en rehabilitación, por ejemplo en hábitos para mantener limpio y ordenado su propio espacio personal. Es conveniente que anexo a la unidad exista un dispositivo destinado a entrenamientos más específicos que suelen realizarse en pequeños grupos o individualmente si el caso lo requiere: Habilidades sociales, solución de problemas, manejo de dinero, psicoeducación del paciente y su familia, psicomotricidad, etc. Estos espacios es conveniente que puedan estar ubicados en la comunidad, para facilitar la consecución de objetivos tales como: mejorar los contactos con la comunidad, utilización de transporte público o poner en práctica las habilidades aprendidas en los grupos de manejo de dinero.

Piso escuela

Dispositivo específico de rehabilitación destinado fundamentalmente al entrenamiento y rehabilitación de habilidades referidas al ámbito doméstico: aseo personal, lavado y planchado de ropa, manejo de electrodomésticos, preparación de comidas, compras y cuidado del hogar en general, además de fomentar la convivencia entre los ocupantes del piso.

Talleres ocupacionales

Resultados de la transformación de los antiguos talleres de laborterapia. Su principal objetivo sería la rehabilitación laboral, enseñando a los pacientes las habilidades necesarias para desempeñar y mantener un trabajo, desde relaciones con los compañeros y con el jefe hasta cumplimiento de horarios y desempeño de tareas. En el caso de algunos pacientes con graves deterioros su objetivo puede ser meramente ocupacional.

Subprograma de seguimiento

El subprograma de seguimiento dentro del programa de rehabilitación está pensado para aquellos pacientes que hayan sido reinsertados en la comunidad.

224

Aunque el seguimiento sea labor de la Unidad de Salud Mental, en un primer momento puede hacerse en estrecha colaboración con el equipo de rehabilitación de la unidad, asignando personal específicamente para esta labor.

El **piso protegido** al ser una estructura alternativa de alojamiento, puesta en marcha en principio por el propio programa de rehabilitación, necesitará un seguimiento muy intenso al menos durante la primera fase de puesta en marcha, paulatinamente se irán quitando los apoyos por parte del equipo dependiendo de las necesidades de los inquilinos. Todo esto se hará en coordinación con el la Unidad de Salud Mental de la zona donde se ubique el piso.

Equipo de la unidad

Sin duda el personal clave en una unidad de internamiento es enfermería, ya que son los que están en contacto directo con el paciente al menos 12 horas al día, el resto del personal principalmente facultativos y trabajadores sociales suele ver a los pacientes en "cualquier lugar durante cortos periodos de tiempo" (Kushlick et al. (1976). Aunque los pacientes ingresados en una unidad de estancia media o rehabilitación suele tener a su terapeuta en la unidad de salud men-

tal, es necesario que en la unidad haya al menos un miembro de cada una de las otras profesiones terapéuticas asignados a la unidad (Hall, J. 1991) y esto incluye: terapeutas ocupacionales, jefes de taller, animadores socioculturales, trabajadoras sociales, psicólogos, y psiquiatras. Adscritos a los distintos programas según necesidades de los mismos.

Diseño del ambiente de la unidad

Desde los tiempos de la comunidad terapéutica (M.Jones, 1953) se ha venido valorando la utilización del ambiente con intenciones terapéuticas. Hoy en día se le atribuyen diversas funciones al ambiente de una unidad psiquiátrica (Gunderson, 1978; Gutheil, 1985; Leeman, 1986).

Objetivos de un ambiente rehabilitador

Proveer una estructura que permita a los pacientes orientarse respecto de su horario, lugares, personal, compañeros.

Establecer unos límites claros a los comportamientos disruptivos.

Ofrecer una atmósfera cálida y de apoyo socioafectivo, especialmente dirigido a fomentar la autoestima de los pacientes. Este apoyo debe ser ofrecido por el personal y también se debe estimular el apoyo mutuo entre los propios pacientes.

Ser un ambiente que estimule en los pacientes la realización de actividades de autocuidado, cuidado de sus cosas incluyendo su ropa, las relaciones interpersonales, la asistencia a las actividades de tratamiento y rehabilitación.

Promover entre los pacientes la autonomía y responsabilidad a través de un programa escalonado y de expectativas realistas. Y la participación organizada de los pacientes en decisiones respecto de actividades de animación sociocultural, turnos de baños, arreglo de habitaciones, lavado y planchado de ropa y otros aspectos de la vida diaria.

B Aspectos de la distribución de espacios, decoración y horarios para la configuración de un ambiente

Debe tenerse en cuenta la necesidad de ofertar distintos espacios para una vida en común cómoda. Es necesario que dispongan de un espacio y los aparatos

necesarios donde prepararse algo caliente entre horas. Un cuarto con lavadora, plancha y costurero para el cuidado de la ropa y el calzado. Al menos una sala de TV y otra alternativa para leer o jugar. La disposición de los muebles debe favorecer el diálogo cara a cara. Los dormitorios individualizados o para dos personas, deben permitir guardar todos los enseres de cada paciente y la decoración y arreglo a gusto de cada cuál.

La decoración de la Unidad debe ser ante todo informativa: relojes, calendarios, poster de acuerdo a la estación del año, la moda o situaciones sociales, diario mural, retratos de personas conocidas socialmente.

Los horarios deben ser flexibles y permitir la auto-organización de los pacientes. Por ejemplo el autoservicio en el comedor entre un horario lo más amplio posible. También deben considerar la atención a las circunstancias biográficas de cada cuál, por ej. celebrando los cumpleaños o otros acontecimientos.

7 ► Bibliografía citada

Hall, J. (1991). "Ward Based Rehabilitation Programmes". En Watts y Bennet, Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation, 1991. Wiley, West Sussex.

Gunderson, J. (1978) "Defining the psychiatric process in psychiatric milieu". Psychiatry, 41: 327-335.

Gutheil, T. (1985). The therapeutic milieu: changing themes and theories". Hospital and Community Psychiatry, 36: 1279-1285.

Jones, M. (1953) The Therapeutic Community: a new treatment method in psychiatry. New York Basic Books.

Kushlick et al. (1976) Evidence to the Committee of Enquiry into Mental Handicap Nursing Care. Health Care Evaluation Research Project, Winchester. Citado en Watts y Bennet, Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation, 1991. Wiley, West Sussex.

Leeman, C. (1986). The therapeutic milieu and its role in clinic management". Citado en Sederer, L. Inpatients Psychiatry: Diagnosis and Treatment. Baltimore: Williams and Wilkins.



CURSOS E CONGRESOS
DA
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA