

Nuevos abordajes en la Rehabilitación Psicosocial: la recuperación, a propósito de un caso.

New approaches in Psychosocial Rehabilitation: recovery, a case report.

Ione Esquer Terrazas

Residente de Psicología Clínica en Hospital Universitario de Salamanca (C.A.U.S.A.).

Luz Celia Fernández Martín

Psicóloga Clínica en Hospital de Día (Salamanca).

Desiderio López Gómez

Psicólogo Clínico.

Resumen: Desde la reforma psiquiátrica acontecida en la segunda mitad del siglo XX muchos han sido los cambios que han moldeado lo que hoy conocemos como Salud Mental, cambiando la visión de enfermos a usuarios de servicios públicos como los destinados a la rehabilitación psicosocial. La Recuperación es un elemento fundamental de nuevos abordajes, donde el objetivo es que los usuarios construyan un proyecto de vida más allá de la enfermedad y a pesar de ésta.

En el presente trabajo se pretende analizar desde la revisión de estos cambios sufridos y de los nuevos modelos de aproximación al enfermo mental crónico, el análisis descriptivo de la intervención realizada en un paciente en la Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Salamanca.

Los resultados señalan una mejoría en aspectos relativos a Conducta y Procesos Cognitivos (evaluados con la Escala de Objetivos) y en Bienestar Emocional, Relaciones interpersonales y Desarrollo Personal (valorados por la GENCAT).

Palabras clave: Reforma, Rehabilitación, Psicosocial, Recuperación, Crónico.

Abstract: Since the psychiatric reform that took place in the second half of the 20th century, the term Mental Health has evolved until the concept that we have nowadays, changing the vision of patients from ill to public service users, as the ones in psychosocial rehabilitation. Recovery is an essential element of new approaches, where the main goal is that users build a life project beyond the illness and despite of it.

Taking into account the review of these changes and the new approaching models to chronic mental patients, this work is meant to evaluate the descriptive analysis of the intervention that was carried out on a patient in the Psychosocial Rehabilitation Unit in Salamanca.

The results show an improvement in some areas related to Behaviour and Cognitive Processes (evaluated with the Objectives Scale) as well as in Emotional Well-Being, Interpersonal Relationships and Personal Development (assessed with the GENCAT).

Key words: Reform, Rehabilitation, Psychosocial, Recovery, Chronic.



1. Introducción

La Rehabilitación Psicosocial ha sido un tema complejo por la multidisciplinaridad que implica y por las consecuencias y cambios que conlleva, y desde la reforma psiquiátrica que se inició en los años 80, muchas han sido las voces críticas que han surgido en torno a esta temática. Entre otros objetivos, la reforma psiquiátrica pretendía alcanzar la desinstitucionalización de los pacientes que en esos momentos copaban los hospitales psiquiátricos. Comenzó a plantearse que las largas estancias en estos hospitales no contribuían a la curación de estas personas y que el verdadero proceso de “sanación” o “rehabilitación” pasaba por su inclusión en la comunidad (en la sociedad).

En la actualidad se trabaja con conceptos como la idea de la “*recuperación*” (recovery). El concepto de rehabilitación se muestra en ocasiones anticuado y rígido, sobretodo en relación a sus orígenes provenientes de una visión más médica-física, en la cual es el clínico quien desde fuera ofrece los cuidados necesarios para conseguir sanar una deficiencia o un daño (1).

El concepto de Recuperación plantea un espacio en el cual es el usuario quien construye su propio proyecto de vida, a través de un ejercicio de crecimiento personal, que implica un cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de sí mismo. Se entiende de esta manera que se trata de un proceso único, en el que el usuario adquiere el control de su vida, más allá de la enfermedad y a pesar de los síntomas y en el cual se facilitan los procesos individuales tomando como partida los deseos personales (1).

En palabras de Pablo García Cubillana, las personas con enfermedad mental grave no se recuperan solas; este proceso incluye a familiares y amigos, a la sociedad, la red social extensa además de los profesionales de Salud Mental. Parte de un proceso de inclusión social y recuperación de roles fundamentales de su vida (2).

El proceso de Recuperación se realizaría a través de varias etapas que según Andersen, Caputi y Oades (2006) incluirían: un primer momento de *desconcierto o moratoria* (determinado por sentimientos de desesperanza y pérdida) *concienciación* (momento en el cual la persona recobra cierta esperanza) *preparación* (comienzo del tra-

bajo en desarrollar sus habilidades y fortalezas) *reconstrucción* (trabajo activo y proactivo hacia metas y objetivos) y una última fase de *crecimiento* (momento en el que la persona adquiere un concepto valioso de sí mismo y es capaz de vivir una vida con sentido) (2).

La SAMHSA (Substance abuse y Mental Health Services Administration) celebró en 2004 una Conferencia de Consenso Nacional sobre el tema de la recuperación y transformación de la salud mental en el cual se identificaron las características que resultarían eficaces en los servicios orientados a esta propuesta. Las conclusiones que hallaron en esta Conferencia, coinciden con la propuesta de Andersen (2003) para quien los cuatro componentes básicos serían; encontrar esperanza respecto al futuro y mantenerla, el re-establecimiento de una identidad positiva, construir una vida con sentido, y asumir la responsabilidad y control sobre su enfermedad y vida (1).

El *Empoderamiento* (empowerment) es un concepto que comenzó a utilizarse en los años 70 en relación con la adquisición de nuevos derechos de la mujer y de la ayuda al desarrollo (3). En el caso de la Salud Mental, el *empoderamiento* se entiende como una herramienta más para la recuperación, que se basa en dar un papel activo al usuario, devolviéndole la capacidad muchas veces perdida de elección y control sobre sus propios procesos y cuestiones vitales (2). No se trata de algo que se le da al usuario, sino algo que nace y se produce desde el mismo usuario, del control que él gana sobre su vida y el poder sobre sus elecciones.

Tres son los atributos claves del Empoderamiento: el poder para tomar decisiones (con el apoyo de la familia y los profesionales de Salud Mental) el acceso a la información y a los recursos (ofreciéndoles toda la información disponible, sin valorar previamente que es lo que el usuario necesita saber y lo que no) y presentar un abanico de opciones donde elegir (2).

El **objetivo** de este trabajo es contextualizando el caso, analizar la intervención realizada con un usuario desde un Modelo Rehabilitador, considerando las aplicaciones de la *recuperación* y el *empoderamiento* en el contexto de una Unidad de Rehabilitación.

2. Material y método

Diseño

Se trata de un análisis descriptivo de la intervención realizada en paciente en un paciente de 57 años diagnosticado de Síndrome de Cotard.

Ámbito e intervención

Se realizó en el ámbito Asistencial Hospitalario entre los años 2012-2013 en la Unidad de Rehabilitación Psicosocial (U.R) y consistió en una intervención desde la perspectiva del Modelo Rehabilitador, haciendo hincapié en los procesos de la recuperación (*recovery*) y en el empoderamiento (*empowerment*). La intervención se basó en varios pilares fundamentales:

- a) Un contexto estructurante (la U.R).
- b) Entrevistas multidisciplinares de Psicología Clínica, Psiquiatría y Enfermería con el paciente.
- c) Actividades programadas en la Unidad.
- d) Orientación y apoyo a la familia.
- e) Integración comunitaria.

Instrumento de Medida

Como Instrumentos de Medida se utilizaron la Escala de Calidad de Vida (GENCAT) para valorar el Estado Basal de paciente y la Escala de Objetivos de la Unidad de Rehabilitación de Salamanca. Esta última se aplica a todos los pacientes que ingresan en la Unidad en el momento del ingreso y al alta, con el fin de establecer los objetivos terapéuticos y evaluar si los mismos han sido alcanzados. Evalúa 9 dominios (Conducta, Procesos Cognitivos, Emociones, Autoconcepto, Rol, Competencia, Relación Interpersonal y Capacidad de Afrontamiento); cada uno de estos apartados se puntúa en una Escala Likert de 0 a 5, según el nivel en el que se encuentre al inicio el paciente.

La GENCAT es un instrumento, desarrollado por el INICO, que permite la evaluación objetiva de la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales. Está dirigido a los profesionales, quienes deben responder a los ítems basándose en la observación de la persona. Proporciona puntuaciones para ocho dimensiones ('Bienestar

emocional', 'Bienestar físico', 'Bienestar material', 'Autodeterminación', 'Desarrollo personal', 'Inclusión social', 'Relaciones interpersonales' y 'Derechos'), y un Índice global de calidad de vida (4).

Los datos se analizaron comparando las puntuaciones pre y post tratamiento obtenidas en ambas escalas.

3. Resultados

J.A de 57 años, tercero de ocho hermanos, divorciado desde el 2001 y con una hija. Dejó los estudios a los 15 años y se dedicó a varios oficios sin cualificación. Separación paterna a los 21 años, se queda a vivir con su madre. A los 25 años cambia de residencia y conoce a su mujer, viviendo así lo que él describe como los mejores años de su vida.

Cuando su padre tenía 66 años le diagnosticaron un cáncer. J.A vive este momento con gran angustia y con ánimo bajo congruente con la situación vital. En esta época coincide un cambio de casa (cercana a un cementerio) y el paciente sitúa el inicio de su enfermedad en este momento, verbalizando que "se le metieron los nervios en el cuerpo".

El primer contacto con Salud Mental tiene lugar en el año 1984 (cuando tenía 27 años) a raíz de la pérdida de trabajo, comienza a sentirse bajo de ánimo, se separa, y finalmente se muda con su hermano ante la necesidad de ser cuidado y supervisado por alguien cercano. En el año 1999 ingresa por primera vez en la Unidad UHB y refiere que "el cuerpo le habla, los huesos se le alargan y encogen". En Septiembre del 2012 ingresa por tercera vez en la UHB tras presentar sentimientos de muerte, ausencia de ganas de vivir e ideas somáticas extrañas diagnosticándole de Síndrome de Cotard y Trastorno de Personalidad (rasgos cluster B).

Los apoyos que tiene en el momento actual son débiles; su madre falleció hace medio año, y sus hermanos se han ido separando progresivamente de manera que actualmente sólo cuenta con el apoyo parcial de una de sus hermanas, aunque ésta refiere sentirse ya cansada de todo el proceso y opta por el distanciamiento.



Las fortalezas presentes en J.A son: capacidad cognitiva conservada manifestada en el buen funcionamiento en las actividades de Rehabilitación Cognitiva realizadas en la Unidad de Rehabilitación, capacidad de ayuda a los demás, capacidad de involucrarse activamente en diferente tareas y capacidad de vincularse de manera progresivamente más significativa con el personal y compañeros de la unidad.

El contexto resalta por un apoyo familiar prácticamente nulo, la ausencia de un domicilio fijo, la reciente incapacidad laboral y la dependencia de ayudas externas. Todo esto está mediatizado por interacciones en las que prima la sensación de fracaso como padre y esposo, la pérdida de rol

en su familia de origen, la ausencia de relaciones significativas más allá del ámbito sanitario y la comunicación asimétrica, basada en demandas hacia el servicio y los trabajadores, y oposición ante ciertas exigencias.

Evaluación, formulación clínica del caso, objetivos e intervención

Como medida objetiva de la calidad de vida, se complementó la GENCAT. Los objetivos que se establecieron para el tratamiento se dividieron según los dominios evaluados por la Escala de Objetivos que se aplicó en el momento del ingreso en la Unidad de Rehabilitación, y fueron los siguientes;

Tabla 1. Objetivos de tratamiento		
Dominio	Nivel basal	Objetivo
Nivel conductual	Desorganización conductual.	Organización conductual básica; hábitos de higiene, comida y sueño.
Procesos cognitivos	Procesamiento básico de la información (Atención y percepción).	Inicio de procesos de razonamiento y pensamiento lógico. Organización del lenguaje y de las ideas.
Emociones	Conciencia emocional (capacidad de identificar emociones en otros).	Autorregulación emocional.
Autoconcepto	Autoconcepto organizado alrededor de la enfermedad y papel de paciente.	Involucración y papel activo en su recuperación.
Rol	Participación en rituales domésticos y comunitarios.	Progresiva adquisición de roles domésticos y comunitarios.
Competencia	Adaptación y funcionamiento eficaz dentro de la unidad.	Generalización a la vida cotidiana de los contenidos de los programas en los que forma parte.
Relación interpersonal	Interacción social básica.	Iniciativa en el contacto social, basada en la percepción social y la empatía.

La intervención se realizó desde un Modelo Rehabilitador en el cual se otorga especial importancia al empoderamiento del paciente, buscando la recuperación del mismo. El programa de intervención se realizó entre los años 2012-2013 en la Unidad de Rehabilitación Psicosocial y se organizó en torno a los siguientes componentes básicos:

1) La **estructura de la Unidad** proporciona apoyos continuos y generalizados, además se entiende como una organización sana donde los niveles de emoción expresada son bajos y donde existen expectativas positivas respecto al proceso de recuperación. La **continuidad de apoyos** favorece la **intervención incisiva** y los fines de semana que los pacientes pasan

en sus casas, permiten facilitar el *proceso de generalización*.

- 2) Las **entrevistas multidisciplinares** evalúan el estado del paciente con este, y en éstas se fijan los objetivos de la rehabilitación. Se busca motivar a lo largo del proceso, prever posibles inconvenientes e ir evaluando los cambios, manteniendo la esperanza del equipo respecto a la evolución del paciente, además de alentar la suya propia.
- 3) A través de los **Programas y Actividades** programadas en la Unidad se trabajaban las **transiciones verticales**, buscando cubrir las necesidades de la persona y las demandas y exigencias culturales (4).

- Mediante los programas de *Habilidades Sociales y Habilidades de la Vida Diaria* se trabaja la necesidad de la persona de contextualización, habilidad que a posteriori le permitiría aprender a comportarse en la sociedad y la cultura. En estos programas se trabajan conceptos como; la comunicación verbal y no verbal, la asertividad, expresión y discriminación de emociones, auto-cuidados básicos y hábitos de salud.
- En los programas de *Rehabilitación cognitiva, Narrativa, Prensa* y el *Programa de Enriquecimiento Instrumental (PEI) de Feurstein* se trabaja la necesidad de estimulación (y la consiguiente demanda cultural de aprender a pensar) la atención, memoria, concentración, percepción, y otros procesos básicos.
- En consonancia con la demanda de aprender a convivir surge la necesidad de la persona de vinculación. Las actividades se orientan en este caso al *Autocontrol emocional*, trabajando en esta área aspectos como; la autoestima, ansiedad, estrategias de afrontamiento y la solución de problemas.
- Las actividades de *Psicoeducación, Psicomotricidad, Musicoterapia, Ocio y tiempo libre* trabajan la necesidad de Autodeterminación (aprender a ser). Se trata de promover la persona, sus gustos y su espacio para organizar el tiempo libre.

4) La **Orientación y apoyo a la familia** contempla los procesos, recursos y puntos fuertes de la familia y permite su crecimiento y desarrollo. Entiende la familia como un sistema que es parte esencial del proceso de recuperación de las personas. Estimula a los miembros de la familia a desarrollar alternativas y destrezas en lugar de subrayar las limitaciones tanto suyas como de los pacientes.

5) Además de las transiciones horizontales referidas a las interacciones del paciente con otros pacientes y trabajadores, resulta de gran importancia las interacciones de la persona con la comunidad. Mediante la **Integración socio-comunitaria** se busca facilitar la utilización de recursos de formación y académicos, favorecer la rehabilitación laboral (mediante la orientación vocacional, técnicas de búsqueda

de empleo, entrenamiento en habilidades y talleres ocupacionales).

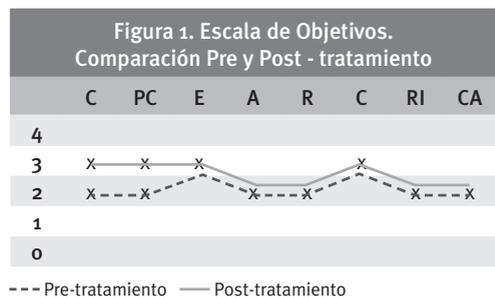
4. Discusión

Analizando la “Escala de Objetivos” (Ver Figura 1) podemos observar que se han obtenido cambios respecto a la “*Conducta*” y los “*Procesos cognitivos*”.

De una organización conductual básica, en la que aún se estaban trabajando la aparición de hábitos de higiene, comida y ritmos biológicos, el paciente ha conseguido alcanzar una continuidad conductual dando lugar a la aparición de conductas de autocontrol (tanto del dinero, como del tabaco, bebidas, sustancias o estilos de vida).

El cambio inicial y más marcado de estas escalas podrían verse explicados por el hecho de que en el momento que J.A inicio el tratamiento en la Unidad de Rehabilitación, presentaba una gran desorganización conductual, con problemas de regulación de procesos cognitivos básicos como la atención y la percepción.

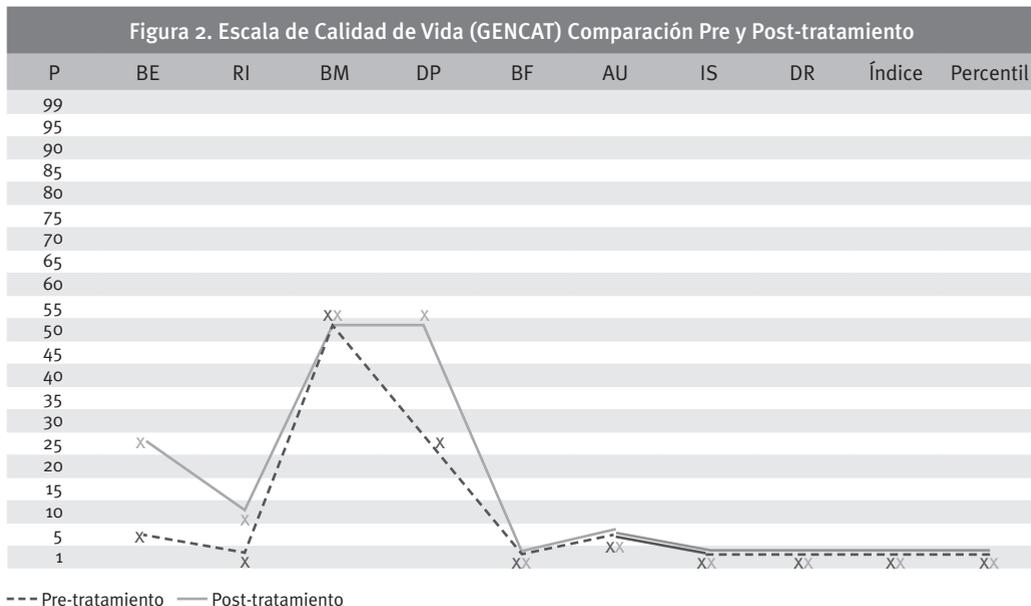
El resto de objetivos terapéuticos como el manejo emocional, el autoconcepto o los roles serían los siguientes a alcanzar, y serían imposibles de conseguir sin una adecuada organización a nivel conductual y cognitivo. Estas escalas no han presentado cambios a día de hoy.



Si nos paramos a analizar los datos obtenidos por la Escala de Calidad de VIDA (GENCAT) observamos que los cambios más importante han sido los obtenidos en “*Bienestar Emocional*”, “*Relaciones Interpersonales*” y “*Desarrollo Personal*”, encontrándose el resto de puntuaciones en el mismo nivel que en el pre-tratamiento. (Ver Tabla 3). Resultan de gran importancia los

avances logrados en estas áreas, ya que significan un avance en cuanto a la relación consigo

mismo y las relaciones con los demás, piedras angulares para avanzar en la recuperación.



La OMS en el año 2004-2006 propone la especial atención a la *ruptura o brecha* que supone para las personas y el entorno que la sufren, y la diferencia en la evolución y la mejoría entre ser tratado de una manera adecuada y de una manera temprana o no (6). Por ello la mejoría en los aspectos relacionados con “Bienestar emocional”, “Relaciones interpersonales” y “Desarrollo Personal” resultan de especial importancia, ya que influyen en aspectos relacionados directamente en la ruptura que señala la OMS.

El resto de escalas se ha mantenido en las mismas puntuaciones. Esto podría explicarse por distintas razones:

Para comenzar, el contexto ambiental del paciente no ha cambiado ya que este sigue ingresado en la Unidad de Rehabilitación, por lo que escalas como la de *Bienestar Material*, tiene poco margen de mejora. Realizar una intervención basada en la recuperación en una Unidad cerrada tiene sus limitaciones, ya que dificulta la puesta en marcha en la vida real de los aspectos a promover. Sin embargo como Farkas refiere, “la eficacia de las intervenciones realizadas no dependen tanto del contexto en el que sea realicen, ni de las técnicas

específicas empleadas, tanto como de la implicación del usuario en su propio proceso, la presencia de esperanza tanto por parte del usuario como de los profesionales encargados, así como del nivel del empoderamiento” (7).

La escala de *Bienestar Físico* tampoco ha obtenido modificaciones; la problemática respecto al cuerpo sigue presente (sensación de estar vacío por dentro, la creencia de que fallecería pronto), aunque de una manera atenuada. Escalas que se relacionan mucho entre sí como *Derechos, Auto-determinación e Inclusión Social*, tampoco han sufrido modificaciones y esto nos habla de que la intervención puede haber sido poco eficaz en esta área o bien que de manera explícita no se incidió en estos objetivos.

A pesar de los cambios observados, aún quedan pendientes cambios y mejoras.

Uno de ellos afecta no solo a J.A sino a una amplia mayoría de los usuarios con los que nos encontramos en nuestro día a día: la oportunidad de vivir con independencia en una vivienda propia. No es este uno de los objetivos concretos de este artículo, sí es sin embargo un tema recu-

rente de cara a la integración de los pacientes, ya sea considerado este como una prolongación de los cuidados sanitarios o como una intervención social para facilitar la integración en la comunidad y cubrir una carencia vital (8).

El segundo aspecto pendiente es conseguir una verdadera inclusión en la comunidad. Sayce (2001) definía la exclusión social como una combinación de factores que incluirían un bajo nivel de ingresos, dificultades de acceso a viviendas, complicaciones para participar de manera activa en la vida social y cultural, así como un nivel bajo de actividades (9). Nuestro paciente apenas participa en aspectos comunitarios, careciendo de trabajo, de actividades de ocio en la comunidad, o de relaciones significativas fuera del entorno hospitalario, siendo deficitario el proceso de inclusión.

5. Conclusiones

- 1) En general podríamos decir que se ha iniciado el proceso de recuperación de J.A, en el que nos

encontramos con grandes dificultades, algunas intrínsecas de la propia persona (la edad, su historia vital) y otras externas (dificultades del propio funcionamiento institucional).

- 2) Analizando el caso de J.A, observamos que los objetivos alcanzados teniendo en cuenta la Escala de Objetivos, hacen referencia a la "Conducta" y "Procesos cognitivos".
- 3) Las puntuaciones de la GENCAT mejoraron en las escalas de "Bienestar Emocional", "Relaciones Interpersonales" y "Desarrollo Personal".
- 4) Si analizamos los datos obtenidos podemos hablar de un inicio de mejora, con ganancias en el plano emocional y relacional.
- 5) Quedan aspectos aún pendientes como la inclusión en la comunidad y búsqueda de una vivienda que deberán ser abordadas en futuras intervenciones.

Contacto

Ione Esquer Terrazas
Cuesta de San Blas, 22 - 2 C • 37002 Salamanca
Tel.: 626 389 871 • ioneesquer@gmail.com

Bibliografía

1. Rodríguez Pulido F. La autonomía personal en el empleo ordinario de las personas con trastorno mental grave y prolongado. Sinpromi S.L. 2011.
2. García Cubillana de la Cruz P. El empoderamiento en Salud Mental. Societat civil i salut mental: camins per a la inclusió Barcelona. 2010.
3. FEAFES. Salud mental y empoderamiento. Punto de Encuentro nº 22, Julio 2009.
4. Schalock y Verdugo, 2003.
5. López Gómez D. La esquizofrenia una enfermedad en búsqueda de la educación. XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación. 2011.
6. Saraceno B. Jornada sobre modelos y estrategias en salud mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2009, vol. XXIX, 103, pp. 229-251, ISSN 0211-5735.
7. Farkas M, Gagne C, Anthony W & Chamberlain J. Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. Community Mental Health Journal. 2005; 41(2): 141-158.
8. López Álvarez M, Lara Palma L, Laviana Cuetos M, Fernández Portes L y García-Cubillana de la Cruz P. Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. Archivos de Psiquiatría 2004; 67 (2): 101-128.
9. IMSERSO. Modelo de Atención a las personas con Enfermedad Mental grave. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2007.



Otras referencias relacionadas:

- Alonso Suárez M, Bravo Ortiz MF y Fernández Liria A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2004, 92, 25-51.
- Rosillo Herrero M, Hernández M y Smith K. La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2013; 33 (118) 257-271.
- Palomer E, Izquierdo R, Leahy E, Masferrer C, Flores P. El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2010; 30 (105), 109-123.
- Laviana Cuetos M. La atención a las personas con esquizofrenia y otros Trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología.* 2006; Vol. 24, número 1-3, págs. 345-373.
- Uriarte JJ. Rehabilitación psicosocial y asistencia a la enfermedad mental severa en el marco de las prestaciones de salud de los Sistemas sanitarios. *Rehabilitación psicosocial* 2004; 1(2):45-46.
- Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness; a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24 (1); 37-74.
- Harris M, Bergman H, editors. Case management for mentally ill patients: theory and practice. Langhorne, PA: Harwood Academic Publishers, 1993.
- Silverstein SM y Bellack AS. A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychological Reviews*, 2008; 28 (7), 1108-1124.
- Anthony WA y Liberman RP. The practice of Psychiatric Rehabilitation; historical, conceptual and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 1998; 12 (4), 542-559.

- Recibido: 02/01/2015.
- Aceptado: 05/02/2015.