

Abordaje del enfermo mental severo desde una unidad de rehabilitación

Desiderio López Gómez

Psicólogo

Jefe de Sección U. De Rehabilitación C. Hospital de Salamanca.

Como paso inicial se analizan las características y el perfil del usuario de la unidad de rehabilitación para apreciar su concordancia con las diversas descripciones y definiciones de enfermo mental severo. Para ello se han utilizado los descriptores del Plan de Salud Mental de la Región de Murcia (1), por su amplitud (se recogen 20 descriptores) y porque permiten una evaluación sencilla mediante un sistema de jueces. Véase el cuadro nº 1

1.- Definición de enfermo mental severo

Se han evaluado los 100 primeros ingresos y posteriormente los 218 siguientes. En ambas ocasiones con los resultados se efectúa análisis factorial, apareciendo 5 factores que explican la mayor parte de la varianza:

- Los 5 factores, con ligeras variaciones (fracaso escolar y autocuidados aparecen con peso propio en el segundo análisis factorial), son iguales en ambos análisis.
- No aparecen con peso suficiente en ninguno de los factores, los descriptores: sin residencia, sin familia y ancianidad de los padres y aparece de una manera muy tenue consumo de tóxicos.

Los factores que aparecen, los he confrontado con diferentes definiciones de enfermos mentales severos (2, 3, 4, 5, 6) apreciando su proximidad, que me ha permiti-

do utilizar alguno de los criterios que en ellas aparecen para denominar a estos factores. Véase cuadro nº 2

CUADRO Nº 1. Descriptores de enfermo mental severo

E Clínicos

- Más de un episodio de hospitalización
- Continuidad de tratamiento durante más de 6 meses
- Diagnóstico: Trastorno Mental Grave
- Evolución de más de un año
- Consumo de tóxicos

F. Sociales

- Desempleo o incapacitación laboral
- Deterioro de hábitos sociales
- Rechazo por su medio habitual
- Conducta inapropiada
- Ausencia de residencia

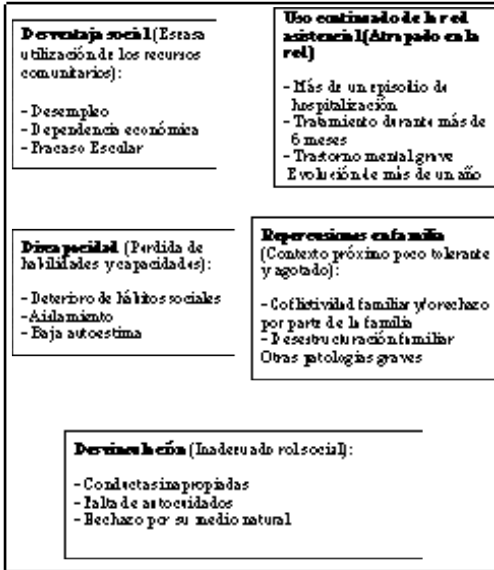
F. Individuales

- Falta de autocuidado
- Aislamiento
- Pérdida de autoestima
- Dependencia económica
- Fracaso escolar

F. Familiares

- Ausencia de familia
- Con flictevidad familiar y/o rechazo por parte de la familia
- Ancianidad de los padres.
- Desestructuración familiar
- Otras patologías graves en el núcleo familiar de convivencia

Cuadro N° 2. Aproximación al perfil del enfermo mental severo



a.- En el primer factor, el concepto de desventaja social está tomado de la definición que da Rodríguez. Está muy próximo a él, el concepto de inhibición social que aparece en el informe del Ararteko (6).

b.- El segundo factor que denomino uso continuado de la Red Asistencial (dependencia institucional en el informe del Ararteko (6) tiene un subtítulo de atrapado en la red asistencial. Con él pretendo prolongar las sugerencias de López (7) sobre el concepto de red. En él incluye: nudos (dispositivos o servicios), cuerdas (conexiones) y huecos, por los que se suelen perder las personas. Aunque la variable diagnóstico tiene un peso importante en este factor, no es la que más carga tiene, sobresaliendo la dependencia o vinculación que estos enfermos tienen con la red.

c.- El tercer factor es propio de Liberman (5) Rodríguez. (4) y García (2) habla también de pérdida de habilidades y capacidades.

d.- El cuarto factor se refiere al contexto próximo de la familia. Sitúo como subtítulo el concepto de López (3) de contexto próximo poco tolerante y agotado.

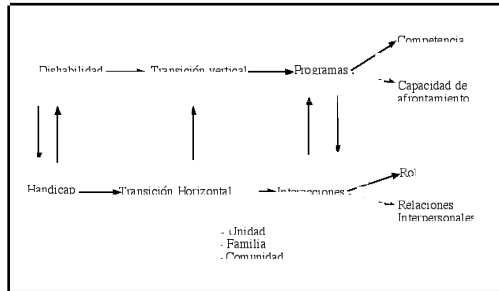
e.- El número cinco lo denomino desvinculación, término utilizado también por García (2) en su definición.

Por lo tanto, podemos subrayar que el concepto de trastorno mental severo es un concepto multifactorial, que abarca aspectos personales, familiares, asistenciales y comunitarios.

2.- Respuesta a los trastornos mentales severos desde la unidad de rehabilitación.

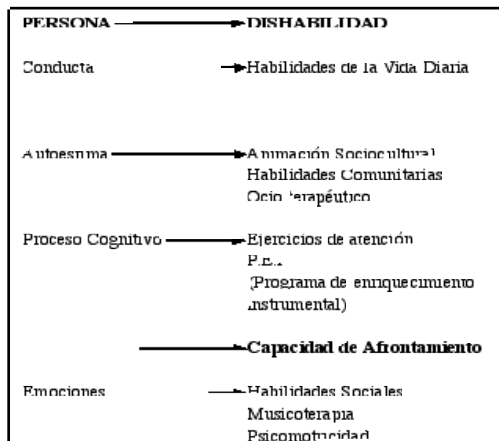
Se apoya en un modelo de intervención. Véase cuadro n° 3.

Cuadro N° 3. Modelo de Intervención



El modelo que propongo está basado en el concepto de transición. La transición vertical incide más en la capacitación y competencia de la persona por medio de diferentes programas y la transición horizontal hace hincapié en las interacciones que realiza como elemento básico de su recuperación y fortalecimiento. Este concepto de transición estaría en la dirección de los ejes fundamentales de la acción rehabilitadora a los que se refería Aparicio (8) o del concepto de rehabilitación de Mayoral (9) que aglutina los de recuperación, competencia y fortalecimiento.

Cuadro N° 4. Modelo de capacitación



Cuadro N° 5. Modelo de validez Ecológica



El modelo general de intervención se desglosa en un modelo de capacitación (Véase cuadro n° 4) y en un modelo de validez ecológica (Véase cuadro n° 5).

Ambos modelos se apoyan en una consideración sobre la persona y la comunidad. Esta consideración no puede girar en torno a la enfermedad, tiene que tener una aspiración a ser normalizada, para que los programas e intervenciones que se estructure en torno a ella, facilite los procesos de rehabilitación.

Además de la generalización que es un componente fundamental de todos los programas, la validez ecológica se verá favorecida poniendo en relación unos programas con otros, estableciendo punto de referencia entre ellos (los programas de handicap con relación a los de dishabilidad), que sirvan a la vez de conexión con las estructuras comunitarias.

El desarrollo de este modelo de intervención precisa para su operativización de una organización sana (3). Véase cuadro n° 6

Una unidad de rehabilitación con las características anteriores se convierte en una respuesta a los diversos tipos de significado que toda enfermedad presenta (10) y su funcionalidad radica en la transmisión de apoyos continuos para que las personas puedan realizar las transiciones. Estos apoyos no se les puede suministrar su contexto natural y las intervenciones de los profesionales de otros dispositivos de la red, al no poder ser continuas, no logran contrarrestar la incidencia de los factores negativos que configura su situación.

3.- Validación del modelo de intervención

Se ha efectuado un análisis para apreciar la validez de los diferentes programas. Se ha escogido, para este propósito, la rejilla de Kelly porque es un instrumento que nos proporciona información sobre la valoración que hacen las personas por medio del significado que otorgan aquello que se evalúa. Para esto se construyó una rejilla específica (en su diseño y realización participaron activamente Pedro Corralejo García y Beatriz González Arranz, alumnos del Mas

Cuadro N° 6. Elementos Constitutivos del Diseño de la Unidad de Rehabilitación.

- 1.- La Unidad de Rehabilitación forma parte de una red de servicios. Importancia de la presencia de una cultura de rehabilitación en la Red.
- 2.- La Unidad de Rehabilitación es una unidad hospitalaria: Apoyos continuos y generalizados para que el enfermo pueda realizar transiciones verticales y horizontales
- 3.- La Unidad de Rehabilitación como una organización sana:
 - Trabajo en Equipo.
 - Baja emoción expresada de los profesionales.
 - Expectativas positivas sobre el papel activo de los enfermos.
- 4.- Utilización de un modelo de desarrollo de la persona.
- 5.- La Unidad de Rehabilitación como un espacio de aprendizaje (transición vertical).
 - Conectar con los aprendizajes cotidianos.
 - Aprendizaje estructurado.
 - Promover la generalización.
 - Apoyar la autodeterminación.
- 6.- La Unidad de Rehabilitación es un dispositivo de integración en la comunidad (transición horizontal).
- 7.- La Unidad de Rehabilitación como un sistema terapéutico extenso.

CUADRO N° 7. Análisis De Validez

		1	2	3	4											
C O D I G O																
Fecha:																
Evaluación																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		T. Papel reciclado	Ej. De atención	PEI-Prog. F end. Inst	Aula cultural libros	Hab. Sociales	Musicoterapia	Psicomotricidad	Lectura de prensa	Habilidades básicas	Hab. Comunitarias	Animación sociocul.	Educación salud	Dinam. Grupos objetiv.	Prog. Non grato	Prog. Ideal
1. Acudo voluntariamente	1	Ven a buscarme														
2. Hablo con los compañeros	2	Me mantengo al margen														
3. Me aporta conocimientos	3	No me aporta nada														
4. Interesante	4	No me resulta interesante														
5. Aporto ideas para el programa	5	No apporto ideas para el programa														
6. Participo	6	No participo en el programa														
7. Aplico lo aprendido en mi vida diaria	7	No lo aplico en mi vida diaria														
8. Entiendo los contenidos del programa	8	No entiendo los contenidos														
9. Presto atención a lo que hacemos	9	No presto atención														
10. Ayudo y apoyo a los compañeros	10	No ayudo y apoyo a los temas														
11. Respeto el horario del Programa	11	No respeto el horario del programa														

1. MUY
2. BASTANTE
3. UNPOCO
4. PUNTO MEDIO
5. UNPOCO
6. BASTANTE
7. MUY

ter de Intervención en Psicoterapia de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca). Véase el cuadro n° 7

Todos los programas que componen el modelo de intervención guardan una relación próxima con el programa Ideal (tanto por la distancia como por la correlación que con él establecen).

La expresión jerárquica de lo distintos programas en función de la proximidad con el

CUADRO N° 8. Expresión Jerárquica De Los Distintos Programas

1. Educación para la Salud
2. Psicomotricidad
3. Habilidades Sociales
4. Habilidades Comunitarias
5. PEI./Musicoterapia
6. Dinámica
7. Taller de Papel
8. Animación Sociocultural / Habilidades Básicas
9. Lectura de Prensa
10. Ejercicios de Atención
11. Aula cultural

programa Ideal es la que aparece en el cuadro n° 8.

Estos resultados estarían próximos a las propuestas, formuladas por Rebolledo y Lobato (11) sobre los contenidos de la psicoeducación con personas vulnerables a la esquizofrenia.

Los datos aportados por la rejilla permitieron también apreciar la valoración que los enfermos otorgaban para su rehabilitación a los diferentes constructos que en ella se utilizaron. Véase cuadro n° 9.

CUADRO N° 9

1. Interesante
2. Participo/Aporta conocimientos (la distancia en estos constructos es similar)
3. Presto atención / Respeto horario
4. Aporto ideas/Aplico Vida Diaria/Entiendo contenidos/Acudo voluntariamente
5. Ayudo a los compañeros
6. Hablo con los compañeros

Cuadro N°10. Evaluación de los programas

	SIEMPRE	A VECES	POCO	NADA
Se asea correctamente	36	8	4	1
Horarios de comida y sueño	27	7	6	9
Se automedica	33	6	2	8
Control del dinero	23	10	2	14
Autonomía para desplazarse	34	4	0	11
Trabajo remunerado	1	2	2	44
Actividades de tiempo libre	43	0	0	6
Relaciones con la familia	30	16	2	1
Acudir al equipo de salud mental	36	6	1	6
Estructuras comunitarias	12	5	2	30
Salir con amigos	16	10	2	21

4.-Eficacia de los programas de la unidad de rehabilitación.

Los datos que aparecen en el cuadro n° 10 corresponden a una muestra de 49 personas (7 por cada año), escogidos al azar entre los 130 enfermos que sólo habían ingresado una vez desde el inicio de la unidad.

Previamente se envió una carta a los familiares solicitando su colaboración y anunciándoles que en los próximos días se les llamaría por teléfono para contestar unas preguntas sobre su familiar enfermo. Para ello se construyó un cuestionario en el que se recogían los distintos items que aparecen en los datos y las diferentes opciones.

Los resultados de la evaluación realizada estarían en la línea del estudio efectuado por Pastor y otros (12). Según ellos los programas realizados en el Instituto J. Germain resultaron eficaces en los aspectos relacionados con la capacidad de afrontamiento personal y social, responsabilidad ante el tratamiento y conciencia de enfermedad, manejo de recursos y autocuidados.

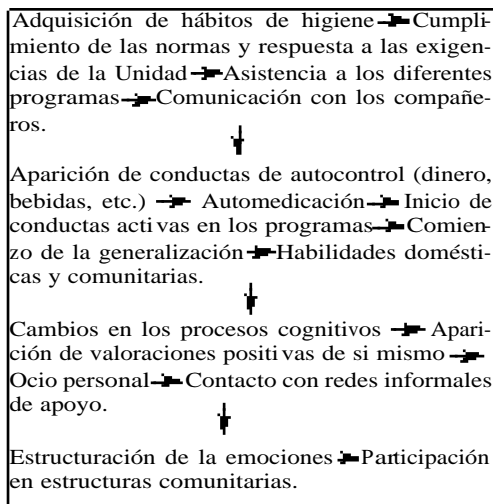
5.- Propuesta de un modelo del proceso de rehabilitación

La rehabilitación no es una intervención estanca y focalizada, es un proceso abierto que Hernández (13) aglutina en torno al concepto de recuperación. En él confluyen diferentes frentes (subjetividad, calidad de vida, función social). Este proceso lo recorren los enfermos mentales severos de

manera desigual, dependiendo en gran medida de los apoyos que reciban.

Apoyándome en los tipos de aprendizaje de Bateson (14) he realizado este año, una propuesta (3) sobre el proceso de rehabilitación que pueden realizar los enfermos mentales severos. Véase cuadro n° II.

Cuadro N° 11. Propuesta Del Proceso De Rehabilitación



Como indicaba anteriormente, unos recorren los diferentes bloques (tipos de aprendizaje), en cambio otros no pueden pasar del primero.



Bibliografía:

1. Comunidad de Murcia (1999): Plan de Salud Mental de la Región de Murcia, Documento nº 6.
2. García, J. (1997): La Creación de Programas de rehabilitación en una red de servicios comunitarios de Salud Mental en García, J.; De las Heras, B.; Peñuelas, E. Rehabilitación psicosocial, Oviedo, Ediciones K.D.K
3. López, D. (2001): La Unidad de Rehabilitación en Actas del Congreso de Rehabilitación en Salud Mental, Salamanca, INICO.
4. Rodríguez, A. (2001): El papel de los Servicios Sociales en la Atención Comunitaria de las Personas con Enfermedad Mental Crónica en Actas del Congreso de Rehabilitación en Salud Mental, Salamanca, INICO
5. Liberman, R. (1993): Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico, Barcelona, Ediciones Martínez Roca.
6. Arateko (2000): *Atención Comunitaria de la Enfermedad Mental*.
7. López, M. (2001): Rehabilitación y Red Asistencial. Sistemas de Atención a la Cronicidad en Salud Mental en Actas del Congreso de Rehabilitación en Salud Mental, Salamanca, INICO.
8. Aparicio, V. (1993): Rehabilitación e Integración. Una cuestión abierta. *Informaciones Psiquiátricas*, nº 131.
9. Mayoral, F. (2000): Rehabilitación Psicosocial. Hacia una práctica basada en la evidencia en Rivas, F.: La Psicosis en la Comunidad, Madrid, A.E.N..
10. Rolland, J. (2000): Familias, Enfermedad y Discapacidad, Barcelona, Gedisa.
11. Rebolledo, S. y Lobato, M.J. (1998): Psicoeducación de Personas Vulnerables a la Esquizofrenia, Barcelona, Fundació Nou Camí
12. Desviat, M. (2000): La Asistencia de la Psicosis en España o hacia dónde va la Reforma Psiquiátrica en Rivas, F.: La Psicosis en la Comunidad, Madrid, A.E.N..
13. Hernández, M. (2000): Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: Una alternativa a la hospitalización ¿ y algo más ? en Rivas, F.: la Psicosis en la Comunidad, Madrid, A.E.N..
14. Bateson, G. (1976): *Pasos hacia una ecología de la mente*, Buenos Aires, Ediciones Carlos Lohlé.