



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Facultad de Psicología

REHABILITACION PSICOSOCIAL Y ESQUIZOFRENIA

Tutora: Gabriela Prieto

Estudiante: Valentina Alvarez C.I: 4.738.237-0

Montevideo, 30/7/2014.

ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	3
3. Esquizofrenia	
Consideraciones sobre el Aparato Psíquico.....	5
Evolución del concepto.....	6
Características de la esquizofrenia.....	7
Inicio y evolución.....	10
Subtipos de esquizofrenia.....	11
4. Rehabilitación psicosocial.....	13
Otras formas de intervención.....	17
Rehabilitación y psicofarmacología.....	22
La rehabilitación psicosocial en Uruguay.....	24
5. Síntesis.....	29
6. Referencias.....	30

Resumen

Este trabajo final de grado tiene como finalidad hacer hincapié en los objetivos y los métodos de trabajo de la rehabilitación psicosocial, específicamente en la esquizofrenia. Pretende, además, dar a conocer el diagnóstico de la enfermedad, describiendo distintos puntos como la evolución de su concepto, las características y los distintos subtipos de la misma. A su vez, da lugar a la descripción del tratamiento psicofarmacológico, el cual junto con la rehabilitación permite la integralidad del mismo. Como punto final, se describe la rehabilitación psicosocial en Uruguay, dando a conocer el trabajo de la misma en el país y los distintos centros que allí se encuentran.

Introducción

Como introducción a este trabajo sobre “la rehabilitación psicosocial y la esquizofrenia”, corresponde hacer hincapié en los distintos puntos que abarquen la generalidad del tema, puntos que son de relevancia para el entendimiento del mismo.

En primer lugar, se pretendió describir la esquizofrenia como enfermedad para luego entender y desarrollar el tratamiento de rehabilitación. La misma se explica a través de los diferentes autores y las distintas perspectivas que la describen, buscando el pasaje histórico a través de los años hasta la actualidad. En relación a la enfermedad, se menciona brevemente la perspectiva del psicoanálisis sobre la estructuración de la misma, es decir como se explica a través de los distintos autores, el aparato psíquico y la formación de la esquizofrenia en particular, y la psicosis en general.

Luego, se describe la importancia de la rehabilitación psicosocial como tratamiento integral para la misma, para ello se distinguen las distintas intervenciones que pretenden hacer de esta un mejor resultado. De esta forma se presentan los distintos programas que de ella se despliegan, como es la estimulación cognitiva, la rehabilitación laboral, la psicoeducación, etc.

A su vez, se describieron los psicofármacos como proceso fundamental y primordial de la enfermedad, logrando así, la integralidad del tratamiento.

Uno de los temas que no pueden quedar exentos de esta introducción, son el estigma social y la importancia de la familia en los usuarios y en el tratamiento de los mismos. La importancia del estigma se debe a las consecuencias que despliega en los objetivos de la rehabilitación, sobre todo los efectos que provoca en los pacientes, por ejemplo en su autoestima, en la autonomía, etc.

En relación a la familia, son fundamentales los aportes de García Badaracco sobre el psicoanálisis multifamiliar. La misma es una terapia que permite el intercambio de experiencias entre los familiares y usuarios, lo cual permite la identificación y el entendimiento de sus problemáticas, en referencia a lo que los otros expresan.

Por último, y no menos importante, se desarrolla la rehabilitación psicosocial en Uruguay, a través de los distintos autores que describen la misma en nuestro país. Uno de los cuales se destaca, es el doctor Roberto Martínez Tehaldo, quien pese a la poca bibliografía sobre la rehabilitación, desarrolla los distintos puntos que hay que conocer sobre la misma. A su vez, toma como ejemplo el centro nacional de rehabilitación psíquica, al cual perteneció como director, para explicar su funcionamiento.

También, se describen y distinguen brevemente los distintos centros que se encuentran en nuestro país, principalmente en Montevideo.

Esquizofrenia

Consideraciones sobre el Aparato Psíquico.

Para explicar la génesis de la psicosis, Freud (1924) la diferencia de la neurosis, considerando que esta última era la causa del conflicto entre el Yo y el Ello, mientras que la psicosis se vinculaba con la perturbación entre el Yo y el mundo exterior.

En relación al mundo exterior, es este quien maneja el Ello, a través de las percepciones actuales y las percepciones anteriores por el camino mnémico, que forman a su vez, el componente del Yo y el mundo interno. Pero en el caso de la psicosis, no se aceptan ninguna de esas percepciones y el mundo interior pierde su investidura, de esta forma se transforma el mundo exterior y las representaciones del mundo interno, donde el Yo crea una nueva realidad. Dicho de otro modo, ese mundo nuevo se funda por los deseos del Ello, y la causa del quiebre con el mundo exterior resulta ser una frustración de un deseo que afloraba de la realidad. Freud, le agrega a esto último, el no cumplimiento de un deseo de la infancia.

Este autor, hace referencia a la esquizofrenia como forma de psicosis, la cual describe como apatía afectiva y sobre todo, como pérdida de relación con el mundo exterior. Es en esta pérdida, donde aparece el delirio como remiendo de ese desencadenamiento. Pero como menciona Freud, el Yo es la instancia protagonista, ya que dependerá de su postura para enfrentar la conflictiva y según como se resuelva es la forma en como se configuraran los aspectos de la personalidad. De esta manera, plantea dos opciones, de las cuales se desprende: el mantenerse fiel a su triple vasallaje, es decir que cumple con la función de atender al Ello y reprimir o manejar de la mejor forma las exigencias del Superyó, en relación a las conveniencias de la realidad exterior; o el yo se deja avasallar por el Ello y se desprende de la realidad.

En resumen, Freud (1924) establece que se da un intento por reparar esa pérdida con la realidad y compensarla, creando una nueva que es diferente a la abandonada, o por lo menos con una distinta conflictiva. De esta forma la psicosis desmiente la situación de realidad y trata de sustituirla. Aun así, la misma tiene el fin de adquirir percepciones para la nueva realidad, las cuales surgen por medio de las alucinaciones.

Evolución del concepto

Con respecto a la historia y evolución de la esquizofrenia, es importante citar algunos autores que la describen clara y brevemente.

Kraepelin con el término Demencia Precoz definió la enfermedad como una especie de locura y un estado progresivo al debilitamiento psíquico y, a su vez, a la pérdida de afectividad. (Ey, Bernard y Brisset, 1980).

Si bien la primera aproximación al concepto de esquizofrenia es atribuida a Kraepelin, es importante describir algunos clínicos que refirieron a la enfermedad, y de los cuales el autor unificó las distintas referencias para describirla como demencia precoz.

Algunos de los clínicos destacados para explicar este concepto son: Morel, Hecker y Kalhbaum. En 1852, Morel utilizó el término “demencia precoz” para referirse a una enfermedad provocada en los jóvenes, la cual evolucionaba a un cuadro demencial. Luego, en 1871 Hecker denominó “hebefrenia” a la enfermedad caracterizada por deterioro mental y conductas regresivas, también iniciada en la juventud.

Por último, Kalhbaum en 1874 añade el nombre de “catatonía” a este diagnóstico, el cual se caracteriza por trastornos motores y del comportamiento.

En 1899, Kraepelin en su libro “Psiquiatría” subdivide la enfermedad en hebefrenia, catatónica y paranoide. (Vallejo, 1991).

Luego, en 1911, es Bleuler bajo la influencia de Freud y Jung, quien propuso pensar el grupo de los “Dementes precoces” con el término “Esquizofrenia”, ya que no consideraba a estas personas como dementes, sino que las mismas pasaban por un proceso de dislocación que desintegraba sus capacidades asociativas (“signos primarios de disociación”). (Ey et al. 1980).

Según Vallejo (1991), Bleuler se basó en la escisión de la personalidad, el autismo, la disgregación de la vida psíquica y la falta de entidad, para describir a la enfermedad como esquizofrenia.

Con respecto a lo anterior, Bleuler en 1961 propuso distinguir los “síntomas primarios” ocasionados por el “proceso patológico”, de los síntomas secundarios, que se presentaban cuando la “psique” reacciona. (Citado en Novella y Huertas, 2010).

Este autor, llamo síntomas fundamentales a los trastornos de las asociaciones, a los trastornos afectivos, a la ambivalencia y al autismo. En relación a estos, Bleuler los consideraba síntomas exclusivos de la esquizofrenia, los cuales podían llegar a presentar otra serie de síntomas (de “accesorios”), caracterizados por delirios, alucinaciones, perturbaciones de la memoria y el lenguaje. (Citado en Novella y Huertas, 2010).

Características de la esquizofrenia

Con lo que respecta a este punto y en continuidad con lo anterior, Ey et al. (1980) define la esquizofrenia como una psicosis crónica que altera la personalidad, que se caracteriza por una transformación de la misma, por un alejamiento del mundo en relación a los demás y por un pensamiento autista. Además, afirma la descripción de Bleuler sobre la enfermedad, en relación al síndrome primario (negativo) y el secundario (positivo).

Desde otra perspectiva, el DSM-IV-TR (2002) afirma que el diagnóstico de la enfermedad se debe realizar cuando los síntomas predominan durante un periodo de 6 meses, y al menos 1 mes de síntomas positivos y negativos. Los síntomas positivos, hacen referencia al exceso de las funciones normales, como por ejemplo: las ideas delirantes, alucinaciones, distorsión del lenguaje y el comportamiento. Por otro lado, los síntomas negativos hacen alusión a la disminución o pérdida de las funciones normales, incluyendo aplanamiento afectivo, alogia (pobreza del habla), abulia (incapacidad para iniciar una acción hacia un fin), etc.

En consideración a las ideas delirante, las mismas hacen referencia a interpretaciones falsas de la percepción o de la propia experiencia, las cuales se pueden categorizar en temas de persecución, de autorreferencia, somáticos, religiosos o de grandiosidad. A su vez, expresan una pérdida de control sobre la mente o el cuerpo, incluyen la creencia del “robo de pensamiento”; “inserción del pensamiento”; o “ideas delirantes de control”. En relación a las alucinaciones estas pueden ser de carácter auditivo, visual, olfativo, gustativo y táctil. En este caso, las auditivas son las más habituales y se manifiestan a través de voces percibidas como

distintas al pensamiento del individuo, como por ejemplo escuchar dos voces conversando entre ellas.

Otra de las características consideradas fundamentales en la esquizofrenia, según este manual, es la desorganización del pensamiento, la cual se muestra básicamente en el desarrollo del lenguaje, donde a su vez, se muestra desorganizado. En este caso, la persona puede perder el curso de la conversación, las respuestas pueden ser incoherentes a la pregunta inicial, etc.

Por otro lado, los síntomas negativos pueden ser difíciles de ser evaluados, ya que corresponden con lo normal y pueden ser consecuencia de los síntomas positivos o incluso efectos secundarios de la medicación, depresión, etc.

En 2002, Gabbard apoya el modelo de Strauss y col. (1974), en el cual describen la sintomatología de la enfermedad en tres grupos: síntomas positivos, síntomas negativos y desordenes en las relaciones sociales. De esta manera, afirman que los síntomas positivos están caracterizados por alteraciones en el pensamiento (como delirios), trastornos en la percepción (alucinaciones) y manifestaciones conductuales como catatonias, los cuales se presentan en un tiempo breve. Luego en 1990, Andreasen y col. consideraron los síntomas negativos como pérdida en la funciones, como por ejemplo del pensamiento, al igual que la existencia de apatía y anhedonia (pérdida de interés). Además, refieren que en pacientes con más prevalencias de síntomas negativos, se pueden contemplar anomalías en la estructura cerebral como por ejemplo, bajo rendimiento escolar o en las pruebas cognitivas. En el caso del tercer grupo referido a las relaciones sociales, Gabbard (2002) menciona ciertos retraimientos, expresiones inapropiadas (agresivas y sexuales), excesiva demanda hacia los otros, al igual que la dificultad de realizar contactos significativos con las demás personas.

Actualmente, Belloso (2012) considera que los síntomas positivos son los causantes de que el individuo concurra a emergencia, y sea trasladado para su tratamiento

Así mismo, Gejman y Sanders (2012) define la esquizofrenia como una enfermedad psiquiátrica incluyendo las siguientes características: delirio y alucinaciones, desorganización del pensamiento, reducción del lenguaje y de funciones cognitivas, cambios en las actividades a nivel muscular, y en síntomas afectivos.

Seguido a esto, Napal, et al. (2012) mencionan que en la esquizofrenia hay un deterioro significativo de la interacción social y familiar, y sobre todo en las funciones neurocognitivas. En referencia al deterioro cognitivo de la esquizofrenia, el mismo progresa a medida que lo hace la enfermedad y una vez consolidada la misma, el deterioro se inclina a permanecer estable en conjunto con el tratamiento psicofarmacológico. (Citado en Montaña, Nieto y Mayorca, 2013).

El deterioro cognitivo esta asociado con las siguientes áreas: memoria, atención, concentración y pensamiento abstracto En relación a esto, no hay que olvidarse del deterioro social que la enfermedad presenta. (Belloso, 2012).

En el 2013, Gejman y col., afirman que la esquizofrenia esta profundamente relacionada con difusiones familiares y sociales, aunque no deja de admitir que una minoría podría ser capaz de superar estas características, como por ejemplo: conseguir trabajo, estudiar, tener relaciones familiares normales, etc.

De manera similar, el DSM- IV-TR (2002) enfatiza que las personas diagnosticadas con esquizofrenia tienen pérdidas en el funcionamiento de las actividades, al menos, en una o más de las siguientes áreas: en las relaciones interpersonales, en el trabajo, en los estudios o en el cuidado de uno mismo. Por tanto, la mayoría de los individuos pueden mostrarse incapaces de finalizar la escolaridad o de continuar con el trabajo e incluso la mayoría no se casan y sus relaciones son limitadas.

En efecto, se debe de tener en cuenta como menciona Masa (2012) que el curso de esta enfermedad no es siempre el mismo, si los síntomas aparecen por primera vez en la vida del individuo y luego de un tiempo desaparecen (sin quedar restos de síntomas negativos), se habla de un episodio esquizofrénico o psicótico, y no de esquizofrenia. Por ello existen 3 fases en su curso: fase prodrómica, activa y residual. Prodrómica es la fase anterior al desencadenamiento de la enfermedad, con la aparición de una serie de síntomas: perdida de interés, aislamiento, dificultad para dormir, entre otros. La fase activa ocurre con el desencadenamiento de la esquizofrenia y con los síntomas positivos, mencionados anteriormente. El tiempo de la misma varia, puede transcurrir desde una semana hasta 1 año. Por ultimo, es en la fase residual donde culminan los síntomas negativos y en donde el deterioro en los diferentes ámbitos es grave.

De igual modo, para Belloso (2012) los síntomas negativos no aparecen de la misma forma en todas las personas, y son los responsables de que el tratamiento de la enfermedad sea todo un reto.

Inicio y evolución de la esquizofrenia

En cuanto al inicio y a la evolución de la esquizofrenia, Ey et al. (1980) distingue cuatro formas de inicio de la enfermedad: en primer lugar, un inicio progresivo e insidioso constituido por la organización caracterológica de la personalidad, que al agravarse lleva al individuo lentamente a la esquizofrenia. En segundo lugar, un comienzo agudo definido por un acceso delirante o catatónico, por ejemplos, brotes delirantes y alucinaciones, excitación maniaca, estados depresivos o confusooníricos. En relación a estos últimos, se debe ser muy prudente para saber si estos estados evolucionan o no a la esquizofrenia. En tercer lugar, se encuentra las formas de comienzo cíclicas, determinadas por grandes episodios (“brotes agudos”) que evoluciona a la esquizofrenia. En este caso puede pasar en los dos o tres primeros años. Por último, este autor describe el inicio monosintomático, definido por su dramatismo llamado “crímenes inmotivados”, donde los enfermos matan sin dar explicación de su acto, y también definido por comportamientos impulsivos, como agresiones absurdas, fugas, tentativas de suicidio o de autocastración etc.

Este autor sostiene que la enfermedad se instaura en uno o dos años según si evolución, y en el caso de que sea cíclica, recién después de largas crisis se puede realizar la misma. A su vez, menciona que en comienzos insidiosos la evolución, en general, es desfavorable por lo que en un 50 % de los casos, se desarrolla a un déficit muy parecido a la demencia. A diferencia de lo anterior, en las formas de comienzos bruscos y cíclicos, la evolución de tipo demencial no es tan frecuente, aunque si existe un déficit característico de la enfermedad.

Cambiando de perspectiva, el DSM- IV-TR (2002) considera que el promedio de edad de inicio la enfermedad, es en la mitad de la tercera década de la vida en los varones y al final de esa década en las mujeres. Considerando que se puede tener comienzo antes de la adolescencia, siendo esto muy raro y difícil de diagnosticar, así como también un inicio tardío (por ejemplo, después de los 45 años).

En relación a la evolución, menciona que el retorno total al nivel premórbido no es habitual, y aquellos que presentan la enfermedad pueden demostrar un curso estable y otros pueden tener un deterioro progresivo. Además, se debe tener en cuenta que los individuos con esquizofrenia presentan una esperanza de vida mas corta que la de la población en general, siendo el suicidio una de las causas de la misma.

En 1991, Vallejo hace referencia al pronóstico de la enfermedad y menciona los estudios realizados por la OMS, donde considera que un mal pronóstico se debe al aislamiento social del paciente tras su episodio psicótico, a la larga duración del mismo y la existencia de antecedentes psicóticos. Mientras que por otro lado, un buen pronóstico estaría dado por el buen insight antes de la aparición de la misma.

Actualmente, Gejman et al. (2013) considera la tasa de mortalidad de los enfermos con esquizofrenia como elevada, la misma también se explica a causa del suicidio, principalmente en la fase temprana de la misma, o posteriormente por cuestiones cardiovasculares relacionadas, por ejemplo, con el tabaquismo.

Subtipos de esquizofrenia

En consideración a los subtipos de esquizofrenia, Ey et al. (1980) los distingue en tres formas clínicas: formas graves, formas menores y formas especiales. Las formas graves se dividen, a su vez, en hebefrenia y hebefrenocatatonía. La primera refiere a lo que Morel en 1860, denominaba demencia precoz de los jóvenes, caracterizada por sus síntomas negativos y su rápida evolución. La hebefrenocatatonía se define por la presencia de trastornos psicomotores, más precisamente por la catatonía, es decir, por la pérdida de iniciativa motriz, tensiones musculares o catalepsias. La catatonía se puede identificar desde un entorpecimiento hasta un “bloqueo” que permita determinados movimientos, de esta manera, se distingue el negativismo (conducta de rechazo), la sugestibilidad (conductas obedientes), el manierismo (intensas muecas, tics, gestos, etc.), las estereotipias (repeticiones de gestos, movimientos rítmicos) y las impulsiones (descargas motrices inoportunas). En segundo lugar, se refiere a las formas menores, las cuales también se subdividen en: esquizofrenia simple y esquizoneurosis. La esquizofrenia simple se explica por su evolución lenta, aunque en la persona ya se veía el aislamiento, la rareza, etc., pero no era percibido por la familia. Por otro lado, la esquizoneurosis se define por sus crisis (furor, rechazo de alimentos, mutismo, erotismo, exaltación, etc.) y su relación con la estructura neurótica (catalepsia,

amnesia, etc.), la cual da paso a la esquizofrenia (delirios, discordancia, etc.) Por último, se mencionan las formas especiales, divididas en: “la esquizofrenia de los niños”, “la esquizofrenia de los retrasados” y “la esquizofrenias tardías”.

En 1991, Vallejo mantiene la descripción de las formas clásicas que subdividen la esquizofrenia, la cual se diferencian en: simple, hebefrénica, paranoia y catatónica. La esquizofrenia simple se caracteriza por tener un inicio insidioso, el cual aparece una discordancia afectiva, un déficit de voluntad y trastornos conductuales. Por otro lado, la hebefrénica, también, tiene un inicio insidioso pero en una edad más temprana (pubertad), donde el individuo pierde la proyección a futuro, preocupándose por temas filosóficos y científicos considerándose grandes inventores de la humanidad. En este caso predominan las risas inmotivadas, bromas pueriles y actividades motoras extravagantes. La esquizofrenia paranoide, a diferencia de las anteriores, tiene un inicio tardío, más precisamente alrededor de los 40 años. Para este autor, la característica fundamental de la esquizofrenia es la presencia del cuadro delirante alucinatorio, en particular de autorreferencia. Por último, la esquizofrenia catatónica, caracterizada por la desorganización de la conducta y muchas veces ligado a una hiperactividad, por lo que se considera a la misma como poco habitual.

En el 2002, el DSM -IV-TR menciona los siguientes subtipos de esquizofrenia, los cuales son diagnosticados según la sintomatología: tipo paranoide (ideas delirante o alucinaciones auditivas, pudiendo ser el tema de esta última en relación con las anteriores); tipo desorganizado (el cual frecuente comportamiento y lenguaje desorganizado, y afectividad aplanada o inapropiada); tipo catatónico (alteración psicomotora, incluyendo inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo, mutismo, ecolalia (repetición de palabras) o ecopraxia (imitación de movimientos); Tipo indiferenciado (cumple los síntomas positivos y negativos, pero que no cumplen los criterios del tipo paranoide, ni desorganizado, ni catatónico); y por último, tipo residual (no existe los síntomas positivos pero si los síntomas negativos).

Rehabilitación psicosocial

En referencia al tema de la rehabilitación, como uno de los posibles tratamientos de la esquizofrenia, se presentaran distintos puntos que de allí se despliegan, como son los distintos programas e intervenciones, las características del tratamiento psicofarmacológico en combinación con la misma, la rehabilitación psicosocial en nuestro país, etc.

Acorde con lo anterior, es imprescindible definir a la misma. De manera global, la OMS en colaboración con WARP (1996) emiten un documento consensuado sobre Rehabilitación Psicosocial donde conceptualiza a la misma como un proceso que permite a la persona afectada, lograr una mejor independencia en relación a la comunidad, una mejor competencia individual y de esta forma, una mejor calidad de vida. Además, establecen que los objetivos de la misma contienen una serie de pasos que están coordinados entre si, aunque son variables y separables en sí mismos. Los mismos hacen referencia a la reducción de los síntomas de la enfermedad, en conjunto con la farmacología y las intervenciones, y tratamientos adecuados; mejorar las habilidades sociales e individuales y el funcionamiento ocupacional; reducir el estigma social; apoyar a las familias; apoyar al individuo socialmente en relación sus necesidades básicas y, por último, lograr una mejor autonomía.

En 1992, Bachrach la consideró como un abordaje terapéutico el cual tendrá como fin lograr que cada paciente despliegue sus máximas capacidades, se comprometa con el tratamiento y desarrolle sus habilidades sociales. (Citado en Gabbard, 2002).

En continuación a lo anterior, varios autores consideran que las intervenciones psicosociales buscan minimizar el impacto que tienen los síntomas negativos y positivos en la vida de las personas que padecen esquizofrenia, al igual que pretende aumentar el conocimiento que cada uno tiene de la enfermedad. Asimismo, trata de favorecer la adhesión al tratamiento farmacológico, así como entre otras cosas, prevenir recaídas y mejorar las habilidades sociales. (Tomaras et al. 1998. Citado en Florit, 2006).

En 1998, Wykes, Tarrier y Lewis afirmaron que las distintas intervenciones terapéuticas han sido causantes del modelo de vulnerabilidad- estrés, y se orientan a fortalecer distintos factores para el mejor funcionamiento de la persona, como por ejemplo el tratamiento farmacológico, las habilidades personales y autoeficacia, el apoyo familiar y social, etc. Además de esto, se orientan a eliminar los estresores. (Citado en Vallina y Lemos, 2010)

Por otro lado, Florit (2006) puntualiza que la intervención debe tener como eje, promover los recursos de la persona en relación a su medio, antes de crear ideales que estén alejados de la realidad que vive dicha persona.

Con respecto a los objetivos de la rehabilitación psicosocial, González y Rodríguez (2010) los describen como: la mejora de la autonomía, la calidad de vida y la integración social de la persona afectada, en este caso, con esquizofrenia. Por lo tanto, el cumplimiento de los mismos, dependerá de los programas de rehabilitación, los cuales, a su vez, estarán influenciados por dichos objetivos.

Igualmente, uno de los objetivos que no puede pasar desapercibido es la reducción del estigma social, ya que como menciona Aretio (2010), las enfermedades mentales acarrear consigo mismas esta característica que genera rechazo y discriminación tanto en las familias y en la sociedad, como con ellos mismos (autoestigma). El estigma posee atributos desacreditadores, donde estos rasgos de connotación negativa pasan a ser el centro de la personalidad dejando los demás atributos minimizados, donde por ejemplo la persona pasa a ser “una esquizofrénica”. A su vez, el autoestigma, es decir cuando la persona vuelca el perjuicio contra ellas mismas, enlaza emociones negativas y por ende, baja autoestima y autoeficacia. Por lo tanto, estos caracteres explican, además, los fracasos en lo laboral y en la búsqueda de vivienda cuando las circunstancias parecen benefactoras.

Siguiendo a esta autora, muchas veces el rechazo de la sociedad implica que estas personas no quieran acudir a los servicios que llevan adelante la enfermedad, por el temor a la etiquetación. Frente a esto, es importante que los centros de rehabilitación tratantes, trabajen con el contexto de la persona ya que la misma condiciona los límites y las posibilidades de dicha intervención, por lo demás es importante que los técnicos creen en la posibilidad de superación para reforzar aspectos positivos, mejorar la confianza y la autonomía, así como también trabajar en la disminución de estereotipos y en el impulso de proyectos de interacción

en grupo permitiendo la inclusión social. Para ello, es necesario el trabajo comunitario y en red entre instituciones.

De manera semejante, Ochoa et al (2011) concluye sobre la gran influencia que tienen los otros en la persona afectada, y como esta, construye su propia visión en base a ello, y sobre todo el poder que eso tiene en el manejo en las relación sociales, en lo laboral, etc. A su vez, considera que el estigma no solo ocasiona consecuencias en las personas, sino que también, en los objetivos de la rehabilitación, principalmente en la reinserción en la comunidad. Para ello, propone como posible solución, conocer como la persona percibe el estigma y que aspecto de la misma contribuye a esta discriminación, y de esta manera, lograr una mejor intervención que involucre recursos en la persona para afrontar la situación.

Considerado estas características que condicionan a los individuos, es indispensable hacer hincapié en el papel que juega la familia, sobre todo a la hora de pensar en los resultados de la rehabilitación, ya que como insinúa González et al. (2010) muchas veces la misma es quien cuida de los pacientes.

Como menciona Vallina y Lemos (2000), la importancia y la incorporación de la familia como recurso terapéutico, surgió de la desinstitucionalización de los pacientes y de las crecientes investigaciones que dieron cuenta de la influencia de la misma en la evolución del paciente esquizofrénico. (Citado en Vallina y Lemos, 2010).

Diversos autores señalan algunas intervenciones posibles para trabajar con las familias, de las cuales se destaca: la psicoeducación, entrenamiento para el manejo de la enfermedad, intervenciones en crisis y apoyo familiar frente a la misma, etc. (Citado en Vallina y Lemos, 2010).

De igual modo, pensar en la familia, permite destacar las descripción de Badaracco (2000) sobre el psicoanálisis multifamiliar, quien considera que si bien las relaciones interpersonales de los pacientes y familiares se presentan difíciles, esta terapia de contexto multifamiliar posibilita un clima de convivencia que permite la capacidad de pensar y de resolver conflictos. Esta terapia permite utilizar el intercambio de experiencias de cada uno, como forma de enriquecimientos de todos, a su vez, permite a los familiares entender las problemáticas de sus hijos, por ellos mismos o por los otros. De esta manera, las familias al decidirse a contar sus

problemas presentaba una situación emocional que permitía la identificación del resto, desde sus problemáticas y proceso terapéutico.

Igualmente, este intercambio de experiencias y esta identificación con los otros, permite observar que problemáticas enunciadas por algunas familias servían como prevención para otros familiares, posibilitando la educación de ciertos temas. De esta manera, los pacientes podían desarrollar estas experiencias en otras formas de terapia (individual, por ejemplo) complementaria a la misma. Esto último, permite dar cuenta de que el psicoanálisis multifamiliar no implica la anulación de otras formas de terapia sino que desde otras perspectivas y diferentes puntos de vista puede coexistir.

En relación al rol que ocupa el terapeuta en esta terapia, el autor menciona que se basa en generar un clima de confianza y seguridad, para que los pacientes encuentren su lugar y la forma de expresarse. Desde su experiencia considera que la terapéutica con personas con este tipo de patología son difícil de tolerar y explica que en la misma, se veían y desprendían temas dolorosos que habían afectado a los mismos, pero que estaban tapados y disfrazados por mecanismos defensivos que creaban un falso self destructivo para los aspectos más sanos del sujeto. De aquí se expresa que "... la situación traumática incluida en el inconsciente de los enfermos es por su naturaleza violenta y generadora de violencia..." (pp. 46). Frente a esto, es difícil de sostener que esta violencia no se escape y muestre de distintas maneras. Por otro lado, es importante destacar la importancia de la transferencia en las patologías mentales, ya que esta se desprende en las relaciones interpersonales, es decir, por fuera del contexto psicoanalítico (paciente – psicoanalista). Pero esta transferencia, no deja de ser trabajada terapéuticamente, y sobre todo, dentro del grupo multifamiliar permitiendo la observación de esos hechos traumáticos que se desprendían y expresaban en este contexto.

En resumen, siguiendo a este autor, el psicoanálisis familiar permite trabajar las conflictivas familiares, como la violencia, las discusiones por tenencia de sus hijos, problemas económicos, etc. Si bien hay puntos que son cuestiones privadas y son difíciles de informar en el propio grupo, existe la posibilidad de un espacio individual para poder tratarlas. Lo mencionado anteriormente permite concluir, que tanto paciente como familiar puede mantenerse activo en el tratamiento.

Otras formas de intervención

Antes de mencionar las distintas intervenciones, es posible aclarar que cada programa de rehabilitación psicosocial es esencial, pero sus resultados serán destacados en conjunto con las demás, por lo cual, deben de estar en constante comunicación en base a lo que allí se trate. Los programas podrán efectuarse de forma individual o grupal, lo cual dependerá de sus objetivos, de la disposición de los servicios y los usuarios. De igual manera, si se pactara lo grupal, el o los técnicos responsable de cada programa deberán tener la capacidad para adaptar al grupo, los intereses, objetivos y capacidades que cada individuo comprenda. (González y Rodríguez, 2010)

Particularmente, Silvestre et al. (2013) hace elección del espacio grupal por algunas razones: porque es allí donde ocurre la posibilidad del encuentro, de relacionarse y reflexionar con el otro, y no solo con el terapeuta. También, porque es el espacio en donde se trabaja los aspectos psicológicos de la enfermedad, y permite el despliegue de las distintas experiencias que tiene el paciente con los demás espacios terapéuticos.

Siguiendo estos últimos autores, los mismos describen distintas consideraciones que hay que tener a la hora de enfrentar un grupo terapéutico con personas esquizofrénicas, primero se debe de tener en cuenta los síntomas que la misma presenta, fundamentalmente las dificultad de expresión y comprensión verbal, la conducta desorganizada y la poca expresividad de sus afectos (o los mismos en forma inadecuada) y por último, la confusión entre lo que es propio y lo que es externo a ellos.

Por este motivo, la relación del terapeuta debe ser afectiva y cercana con los mismos, en consideración de los límites que conlleva a la misma. A su vez, la posición del mismo debe ser activa y de contención durante el proceso, trabajando los contenidos que allí se traigan, como la comprensión y el sentido de las ideas delirantes. Por ultimo, es importante destacar, las relaciones que se tienen unos con otros, y las dificultades que eso les provoca. (Silvestre et al. 2013).

Dicho lo anterior, se describirán otras intervenciones que deberán tenerse en consideración para el entendimiento de la rehabilitación psicosocial. Las cuales se destacan:

- Estimulación cognitiva.

Bellack et al (1999) indica algunos supuestos teóricos que respaldan dicha intervención, como por ejemplo la relación que existe entre los déficit neurocognitivos y el déficit en el funcionamiento social de la enfermedad; y la posibilidad de mejora en los niveles cognitivos de la enfermedad, los cuales efectuarían mejoras en el nivel social y psicopatológico. (Citado en Selma, 2012).

Por otro lado, López y Florit (1998), sugieren varios puntos que pueden servir para una mejor intervención, por ejemplo, que las primeras estén enfocadas a ejercitar una mínima capacidad atencional por parte de los sujetos, asegurando el éxito de lo mismo; facilitar la generalización, logrando la participación de la persona en diversas tareas y contextos; elegir la mejor intervención que se adapte a la necesidad de cada uno, para poder evaluar los resultados; permitir que las tareas sean útiles para la vida cotidiana del individuo; y por último, entrenar al sujeto para que conozca los que se está trabajando. (Citado en Florit, 2006).

Como se mencionó inicialmente, el deterioro cognitivo es muy frecuente en la esquizofrenia, lo cual este programa está dedicado a mejorar el funcionamiento cognitivo, considerando las funciones que ya están deterioradas, compensando las pérdidas y perfeccionando las funciones conservadas. Para ello se debe evaluar y planificar sobre la atención (sostenida, dividida, etc.), la memoria (de trabajo, semántica, etc.), las funciones ejecutivas (organización, planificación, etc.) y la cognición social. (González et al. 2010).

En relación a la metodología de la intervención, González et al. (2010) determinan que la misma puede ser de carácter individual o grupal, aunque la primera permita un mejor abordaje de los aspectos cognitivos. Por lo tanto, cuando la misma funcione de forma grupal, se debe hacer hincapié en la individualización de las tareas, y en efecto, el tiempo dedicado al mismo debería variar entre 45 y 90 minutos (una o dos veces por semanas) y máximo es entre 5 y 8 personas.

- Psicoeducación

Florit (2006) hace mención a la psicoeducación como aquel programa que permite dar herramientas al paciente para lograr una mejor convivencia con su enfermedad, debido a que dicha intervención permite que el individuo tome conciencia de la misma. Para ello, es necesario explicar determinados puntos de la enfermedad, como las causas, síntomas, fases, factores de riesgo y protección, etc. Así, como también, explicar el tratamiento psicofarmacológico, para lograr una mejor adhesión al tratamiento.

De igual modo, González et al. (2010) considera que los objetivos de este programa están relacionados con el conocimiento de la enfermedad o el aumento del mismo en el paciente, para lograr un manejo adecuado ya que este tipo de enfermedad, en general, presenta una mal adherencia al tratamiento y muchas veces, continuas recaídas. De ahí que, una mejor información sobre la misma y los consejos pertinentes, podrá provocar un mejor seguimiento y pronóstico de enfermedad.

En resumen, los temas a tratar serían principalmente en relación a la psicoeducación de la enfermedad: causa, pronóstico, síntomas, riesgos de recaídas, tratamiento farmacológico, etc. También, hay que prestar atención al manejo de la autonomía en relación al seguimiento del tratamiento: por ejemplo, en la toma y renovación de la medicación, comunicación con los profesionales de la salud, etc. En relación a esto último y para presenciar buenos resultados, es indispensable el trabajo en equipo con las familias, para la progresiva autonomía del paciente sobre la medicación. (González et al. 2010).

Este último autor, menciona que las familias, también, requieren de información y consejos para una mejor convivencia. Por ello es necesario tener como objetivo disminuir la carga emocional de los familiares, reducir el estigma y mejorar la calidad de vida de los mismos.

- Rehabilitación laboral

Según González y Rodríguez (2010) los programas que enfatizan en la inserción laboral tienen como objetivo capacitar a las personas, para mejorar las competencias y la continuidad en el empleo. Al referirse a la capacitación, se menciona la importancia de trabajar en la formación para ese trabajo, ya sean nuevos hábitos, habilidades sociales, etc. Para ello destacan como una buena opción, los empleos ordinarios.

Según García, et al., (2000) las personas con este tipo de trastorno, tienen diversas dificultades a la hora de conseguir trabajo, provocadas muchas veces por la propia enfermedad. De manera semejante, hay que tomar en cuenta que algunas de ellas nunca tuvieron una experiencia laboral, o si la tuvieron en algún momento fue abandonada. Esto implica, como se menciono anteriormente, no tener o no recordar los hábitos o habilidades para realizar las tareas.

Estos autores consideran que la rehabilitación laboral es positiva con respecto a las consecuencias que provoca en el paciente, fundamentalmente cuando se refiere a un mayor nivel de autonomía, ya que un nuevo ingreso económico podrá desplegar nuevas atribuciones. Igualmente, esta autonomía, solo será enriquecedora cuando la persona sea capaz de enfrentar las exigencias que la misma provoca. Otro de los aspectos positivos de esta rehabilitación, son las posibilidades que tiene el paciente de mejorar las interacciones sociales y lograr el manejo de nuevas redes; así como también, una mejor manera de organizarse, ya que deberá modificar sus tiempos y espacios, buscando nuevas alternativas para el tiempo libre.

Es importante matizar sobre la incorporación de las personas con esquizofrenia en nuevos trabajos, ya que requieren de un acompañamiento y de una preparación personalizada para iniciar el proceso.

Uno de los ejemplos, que se pueden destacar en nuestro país, es el “Taller protegido”, cuyos objetivos, también, es entrenar a la persona en el ámbito laboral para que junto con la rehabilitación psicosocial, logre una mejor competitividad. En este caso, se hace referencia a preparar, tanto a todas las personas que nunca han trabajado como aquellas que si lo han hecho y lo necesita. (Martínez Tehaldo, 1995)

- Arte-terapia.

Según Apud, Techera y Borges (2013) las intervenciones alternativas como las derivadas del arte, se han ido formalizando y hoy en día se sitúan como parte de las estrategias terapéuticas de la rehabilitación. Una de las cuales se puede destacar como disciplina, es el arte-terapia encargada de ejercitar las habilidades manuales y fomentar el proceso de reinserción, como por ejemplo ejercitar la capacidad de trabajo. Además, se puede decir, que estos espacios son puntuales a la hora de pensar en oportunidades para los pacientes, ya sea en la expresión, comunicación, socialización y conexión con ellos mismos y con los demás.

Simultáneamente, Guimon (2008) la define como un modelo psicoterapéutico, cuya herramienta es el lenguaje artístico y la creación del paciente, las cuales expresan sus vivencias internas. Estas imágenes presentadas por el individuo, permiten comunicar su mundo interior, lo cual resulta muy difícil de expresar en pacientes esquizofrénicos. (Citado en Menéndez y del Olmo, 2010).

En resumen, este modelo es un proceso que busca facilitar el lenguaje, trabajar lo simbólico, mejorar la interacción social ya que puede comunicarse con el terapeuta y sus compañeros, el autoestima ya que incentiva sus logros artísticos y una mejor adecuación a la realidad externa. (Menéndez y del Olmo, 2010)

Rehabilitación y psicofarmacología

En relación a los tratamientos en general, Vallejo (1991) hace una breve descripción del transcurso de los mismos, hace mención a los primeros métodos atribuidos al psicoanálisis freudiano y a la psicoterapia individual de Sullivan y From-Reichmann. Seguido de esto, describe los métodos biológicos como el electrochoque. Más tarde, aparece la psicofarmacología, aunque considera que ninguna de las técnicas abarca toda la enfermedad. De esta forma, considera que la farmacoterapia junto con la psicoterapia familiar y la rehabilitación psicosocial es lo que mas se aproxima a la evolución de la misma.

Según Gabbard (2002) el uso de los antipsicóticos como psicofármaco para la esquizofrenia, es eficaz a la hora de mejorar los síntomas positivos de la misma, pero en concordancia a los síntomas negativos, los mismos no son tan eficaces y requieren, por lo tanto, de un abordaje psicosociales. Es así que el cumplimiento de la medicación es necesario para el tratamiento de los pacientes, de lo contrario el no cumplimiento de la misma, provocaría un problema en la continuidad del mismo.

Dicho autor, considera que el 90% de los pacientes se beneficia de los abordajes terapéuticos que incluyen: la farmacoterapia, la terapia individual, la terapia grupal, los abordajes familiares y el entrenamiento de habilidades, lo cual permitirá un mejor manejo de la enfermedad. El resto del porcentaje (10 %) se refiere a los pacientes que tendrán éxito solo con los antipsicóticos y la hospitalización breve. De todas formas, considera que no hay “el tratamiento” para la esquizofrenia, sino que todos los abordajes terapéuticos deben estar pautados por las necesidades de cada individuo.

De manera más actual, Lemos et al (2010) considera, también, la importancia de manejar otros tratamientos en conjunto con el mismo, como es, por ejemplo, el caso de la rehabilitación psicosocial, de manera de poder remediar todo aquello que la psicofarmacología no resuelve por si sola.

Al mismo tiempo, González y Rodríguez (2010) consideran a la rehabilitación como complementaria a la farmacología e inclusive suponen que es esta quien potencia la adhesión de los pacientes a los tratamientos biológicos.

En resumen, los tratamientos combinados, como los psicofármacos, la psicoterapia y la rehabilitación, son, hoy en día, el abordaje terapéutico de la esquizofrenia. Por lo tanto, presentar tratamientos excluyentes (psicofármacos o psicoterapia), sería imponerse a la posibilidad de mejora de salud y bienestar en estos pacientes. (Silvestre, Ingelmo y García, 2013).

Por lo que refiere a las características de los antipsicóticos, estos también, son denominados “neurolépticos” debido a que producen efectos secundarios de tipo extrapiramidal; y son llamados “tranquilizantes mayores” por su poder de sedación, aunque en la actualidad su acción sea reducir síntomas como delirios y alucinaciones. (Bravo, 2010).

Siguiendo a este último autor, se puede decir que los antipsicóticos se dividen en dos grupos: típico o atípico. Los típicos tienen efecto sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia, sin modificar los síntomas negativos. Dentro de los mismos se encuentran: las butirofenonas, las fenotiacinas, los tioxantenos y otros. Los atípicos, si bien tiene un buen efecto sobre los síntomas positivos de la enfermedad, también tienen algún efecto sobre los síntomas negativos. Este grupo no presenta efectos adversos de tipo extrapiramidal, a diferencia del primer grupo que si los presenta, aunque se debe de tener en cuenta otro tipo de efectos como los cardiovasculares, el sobrepeso y la obesidad. Dentro de este grupo se incluyen medicamentos como: la clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona y arpiprazol.

Es importante destacar que sino hay respuesta o hay intolerancia al psicofármaco se deben considerar alternativas, como cambiar el fármaco. En este caso se recomienda reducir la dosis del cual se retiro y aumentar el que se incorpora. (González et al. 2013).

La rehabilitación psicosocial en Uruguay

Es imprescindible, antes de comenzar con este tema sobre la rehabilitación en nuestro país, hacer hincapié en las organizaciones y planes que rigen a la Salud Mental, y a la misma como modelo de intervención.

En primer lugar, es fundamental mencionar la Organización Mundial de la salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ya que son estos quienes se encargan de formar normas que tratan el tema de Salud Mental y que también, contribuyen al proceso, como por ejemplo, los tratados, convenios, declaraciones que defienden la naturalización de las diferencias y del trato igualitario entre los seres humanos. En relación a nuestro gobierno, el mismo ha ratificado y firmado documentos sobre derechos humanos que son aplicables en la salud mental como por ejemplo: declaración universal de los derechos humanos (1948); Principio para la protección de los enfermos mentales y mejoramiento de la atención en salud mental (1991); Conferencia regional para la reforma de los servicios de salud mental (2005); la ley 18.651 sobre “Protección Integral de Personas con Discapacidad” (2010); entre otros. (Kakuk, 2005. Citado en De Leon y Kakuk, 2013).

En segundo lugar, se debe destacar el Plan de Implementación de prestaciones en Salud Mental, incluido en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) desde el 2011. Dicho Plan se contextualiza en una reforma de Estado, incluyendo una reforma de sistema, cuyo fin es procurar que los sistemas logren responder satisfactoriamente, de forma universal y equitativa, las demandas de salud de la población. Esto último, se refiere a la posibilidad de dar accesibilidad a todos aquellos que la necesiten, sin mediar de manera económica. De esta manera, se logra que esta última sea equitativa e igualitaria. (Plan de implementación de prestaciones de salud mental en el sistema integrado de salud, 2011)

Continuando con la descripción de este Plan, se puede decir que la Salud Mental en esos años transcurría por desigualdades debido a perjuicios y a la dificultad que comprende la problemática. Pero igualmente, en nuestro país se produjeron movimientos que dieron inicio al Plan Nacional de Salud Mental en 1986, donde el Ministerio de Salud Pública en trabajo conjunto con la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, buscan organizar las normas en referencia al bienestar de los enfermos mentales.

Por otro lado, a causa de las transformaciones en la asistencia de los enfermos mentales y de salud mental en relación a este programa, se ha detallado, entre otras cosas, la problemática trascendental sobre la marginación en la que viven día a día estos individuos, y la falta de recurso existentes de psicoterapia y del modelo psicosocial.

En resumen, las áreas de importancia para este plan de implementación, son accionar sobre la prevención y promoción de salud mental, de las cuales se desprende el fin de la discriminación y la detección de las patologías. De manera semejante, lograr la atención de estas personas en la rehabilitación, supliendo el modelo tradicional discriminatorio, evadiendo el hospitalismo, a fin de integrar al enfermo a la comunidad. De esta manera, el cambio propuesto, implica un cambio en la sociedad y en las familias, a su vez, la necesidad de la multidisciplina como herramienta para abordar estas cuestiones.

En relación a lo anterior, Castillo, Villar y Dogmanas (2011) mencionan que en los últimos 25 años se ha producido un proceso de desinstitucionalización de las personas afectadas por trastornos mentales severos, donde se ha disminuido la población asilar. Además, consideran que el Plan Nacional de Salud Mental, los tratamientos humanizados, el desarrollo de la Red de Salud Mental y la mejora de los tratamientos psicofarmacológicos han contribuido en este proceso. De esta forma, es necesario un modelo integral “socio sanitario comunitario” adecuado para cada persona. En efecto, surge la posibilidad de desarrollo de estrategias de rehabilitación psicosocial integral, dirigido a la mejora de la calidad de vida y la inclusión de la persona a la comunidad.

De esta manera, el Consenso Intercentros del Uruguay (2005) define la rehabilitación como un modelo terapéutico integral basado en mejorar la calidad de vida del paciente con trastornos mentales severos y persistentes, la de su familia y de la comunidad. Hace mención a la misma como un modelo biopsicosocial que tendrá como meta la recuperación de la persona, en dirección a su autonomía, capacidades y su potencial de salud. (Citado en Castillo et al. 2011).

De manera semejante, Apud, Techera y Borges (2013) determinan que la rehabilitación psicosocial permite al paciente la posibilidad de reinserción, de autonomía en función a la comunidad.

Según Martínez, Bachini y Bertran (sf) la rehabilitación psíquica se define por “... un proceso que tiende a darle al discapacitado Mental una nueva forma-de-ser-en-el-mundo que le posibilite adquirir un bienestar físico-psíquico-social”. (pp. 7).

En consideración a lo anterior, según estos autores, uno de los objetivos básicos que tiene la rehabilitación, es la reinserción del usuario a través del fortalecimiento de la comunicación, debido que la patología se caracteriza por el empobrecimiento y la distorsión del propio encuentro. Además, mencionan la autonomía como otros de los objetivos, que al igual que el resto, deberán ser llevados a cabo por el trabajo de planificación del equipo técnico asignado.

La rehabilitación se caracteriza, además, por distintas etapas que caracterizan la evolución del usuario. El primer nivel definirá la posibilidad que tiene la persona de rehabilitarse, para ello es preciso conocer los roles y las posturas del mismo y la familia. Luego de definir esto, se podrá pensar en la segunda etapa, y por consiguiente el usuario podrá ingresar al centro correspondiente. De esta forma, el próximo nivel permite el inicio del curso de la rehabilitación y por tanto, permitirá conocer, tanto a los técnicos como al propio paciente las conflictivas que obstaculizan su autonomía y, a su vez, darle la oportunidad de superarlas. Estas características, permitirán mayores posibilidades de reinsertar al mismo a su familia e incluso a la sociedad. Una vez cumplido los objetivos y según los logros obtenidos, se procederá a la inserción de la tercera etapa, la cual está basada en el egreso del usuario. Dicho egreso se pensará, además, en los intereses del mismo y la oportunidad que se dispongan en el momento, de aquí se despliegan tres posibilidades: estudio, familia y trabajo. La cuarta y última etapa, se distingue por el seguimiento de la persona y la familia durante un tiempo determinado, lo cual estará definido específicamente por el servicio social, quien valorará la autonomía adquirida. (Martínez Tehaldo, Bachini y Bertran, s/f).

En relación a lo mencionado anteriormente sobre el equipo técnico, el mismo debe estar integrado por médico psiquiatra, enfermería, asistencia social, psicólogo y terapeuta ocupacional. En este caso, el mismo podrá variar según los objetivos que se tengan y los programas que se apliquen, para ello es importante que cada uno tenga entendido cuál es el rol que ocupa y la forma en que lo utiliza frente al equipo. En base lo señalado, es indispensable que éste sea coordinado a través de frecuentes reuniones, lo cual permitirá evaluar el funcionamiento y el manejo con el usuario de manera organizada, evitando la desintegración de las acciones que distorsionan al mismo. Este equipo debe ser multidisciplinario, interdisciplinario y transdisciplinario. Multidisciplinario porque depende de las distintas disciplinas; Interdisciplinario porque es la interacción de las mismas lo que conlleva a la obtención de un fin; y transdisciplinaria porque el objetivo no se deja de cumplir por la falta de algunos de los integrantes, sino que ese mismo rol es asumido por cualquier otro miembro. (Martínez Tehaldo, Bachini y Bertran, s/f).

Estos autores, destacan dos tipos de rehabilitación: intrahospitalaria y extrahospitalaria. La primera hace mención a la rehabilitación en el hospital, cuyos objetivos generales se basan en apoyar y orientar al paciente, impulsar la comunicación y mantener las capacidades útiles, y luego de su alta, poder insertarlo en la comunidad. Dichos fines, serán logrados de acuerdo a las necesidades del paciente y según el nivel de evolución en el que se encuentren. Por otro lado, la rehabilitación extrahospitalaria hace referencia a las etapas del proceso, las cuales fueron nombradas anteriormente. Estos autores toman referencia del Centro Nacional de Rehabilitación psíquica (C.N.R.P) como ejemplo de la misma, y la caracterizan según las etapas de la rehabilitación.

Según la guía de centro de rehabilitación psicosocial (2011), el “C.N.R.P” forma parte de un tratamiento integral, el cual, como se menciona anteriormente, esta pautado por diferentes etapas según la evolución del paciente. De acuerdo a los objetivos planteados, este centro enfatiza en la resocialización, en la autonomía y en el desarrollo de sus capacidades para obtener nuevos fines a futuro, ya sean estos sociales, laborales o de estudio. Algunas de las actividades que contribuyen a lo mismo, son: expresión corporal, estimulación cognitiva, reuniones multifamiliares, psicoeducación, actividades físicas, talleres de CODICEN (maestra, etc.).

Otros de los centros que son referentes en nuestro país, según esta guía, son el Centro Psicosocial Sur Palermo, Centro diurno Sayago, PANACEA - SM- CIPRES, Centro diurno Hospital Viladebó (ASSE) y Centro de Rehabilitación Psicosocial de Pando.

- El Centro Psicosocial Sur Palermo dirigido, también, a la rehabilitación integral con diversas actividades: comunidad terapéutica, seguimiento, grupo matinal, capacitación socio laboral y programa de vivienda supervisada. Dentro de la comunidad terapéutica se describen algunos talleres, ya nombrados, como: talleres de expresión, de elaboración artesanal, de estimulación cognitiva, entrenamiento de habilidades sociales, psicoterapia grupal o individual, informática, multifamiliares, etc.

- El Centro diurno Sayago pertenece al área de salud mental de ASSE, el cual trabaja como comunidad terapéutica. Su objetivo es lograr la autonomía del usuario, a través de talleres, actividades en la comunidad como de recreación, y asambleas. A diferencia de otros centros, los talleres son dedicados a plástica, gastronomía, gimnasia, literatura, dibujo, entre otros, los cuales apuntan al egreso.

- CIPRES (Centro de Investigación en Psicoterapia y Rehabilitación Social) corresponde al Programa de Articulación Nacional y Comunitario en Educación y Atención en Salud (PANACEA - SM), cuyos técnicos corresponden a la Universidad de la República y al Ministerio de Salud Pública. Los objetivos generales de la institución son mejorar la calidad de vida, tanto del usuario como de su familia, y favorecer su inclusión en la sociedad; y dentro de los específicos, podemos encontrar la búsqueda de autonomía, la mejora de las relaciones interpersonales, disminución de los psicofármacos, así como también, realizar investigaciones sobre la teoría y la técnica, y evaluar resultados cuanti y cualitativamente, etc.

- El Centro diurno Hospital Viladebó tiene como fin, lograr que la internación se de mayor calidad para los usuarios y poder contribuir, en algunos casos, un egreso que le permita una evolución, junto con la derivación a otras instituciones. Para ello, enfatiza en actividades psicosociales como de música, teatro, plástica, cerámica, panadería, huerta y educación física. Dentro del mismo, se encuentra el centro diurno, cuya función es de intermediario entre el hospital y los distintos centros de la sociedad, favoreciendo la continuidad del tratamiento.

Con respecto a este hospital, no se puede dejar de mencionar el proyecto “Radio Vilardevoz ” el cual continúa en la actualidad desde el año 1997, cuyos pilares básicos son la participación, la comunicación y la salud mental. Los objetivos del programa son poder contribuir a la rehabilitación del paciente, buscando la reinserción social, la producción de autonomía, etc. Además, inclinarse a la comprensión del concepto social de enfermedad mental, logrando debatir la cuestión y, por último, difundir y problematizar las condiciones de producción del paciente psiquiátrico. (Jiménez, Baroni, Giordano, Cresci y Planchesteiner, 2013)

- El Centro de Rehabilitación Psicosocial de Pando se caracteriza por: realizar un proyecto individualizado con el usuario para lograr su estabilidad y mejorar la integración a su entorno, por trabajar desde la psicoeducación y con familiares, realizar seguimientos aquellos que ingresaron al proyecto de rehabilitación, etc. Además, realizan actividades de expresión corporal, música, estimulación cognitiva, gimnasia, grupos terapéuticos, etc.

Síntesis

En síntesis este trabajo busco dar a conocer por medio de diferentes autores y perspectivas, la rehabilitación psicosocial como tratamiento integral para la esquizofrenia.

Como se menciona anteriormente, el fin de la misma apuntar a la autonomía, calidad de vida e integración social de los pacientes, y para ello se requiere de programas que trabajen sobre ello. (González y Rodríguez, 2010).

Igualmente, es fundamental la calidad de los equipos profesionales a cargo, los cuales deberán tener una buena coordinación para llevar a cabo la rehabilitación. (Florit, 2006).

En relación a esto último, Martínez Tehaldo (1995), también hace seña de la importancia de la coordinación en este tratamiento, ya que da lugar a la organización del mismo. Además, menciona que en el equipo de rehabilitación no hay técnicos que tengan primacía, ya que todos tienen importancia. La calidez del mismo, junto con la potencialidad del paciente, permitirán los logros de la rehabilitación propiamente dicha.

Por otro lado, es importante destacar que los centros de rehabilitación no deben convertirse en instituciones cerradas, es decir donde los usuarios encuentren todo y no puedan ir más allá de lo que ahí tengan. Si esto sucediera, tal vez, se estaría hablando de institucionalización psiquiátrica y no de rehabilitación como habilitadora. (Florit, 2006).

Para finalizar, la rehabilitación se trata no solo de habilitar al paciente sino darle lugar a desempeñar un rol distinto y útil para si mismo. De aquí la importancia de los técnicos, para alimentar esas capacidades y potenciales, sin pretender que la persona haga más de lo que puede hacer. “Lo que importa en definitiva es que los diferentes equipos en las distintas instituciones, cada cual con su propio perfil, tomen al paciente psiquiátrico como una persona y obren en consecuencia” (Martínez Tehaldo, Bachini y Bertran (s/f), pp.26).

Referencias

- Apud, I., Techera, A. y Borges, C. (2013). Proyecto arte y rehabilitación. Sistematización de los trabajos realizados en rehabilitación mediante técnicas derivadas del arte en instituciones psiquiátricas del Uruguay. En De León, N. *Abrazos: experiencias narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp.203-211). Uruguay: Ediciones Levy.
- Aretio, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuaderno de trabajo social*, 23, 289-300. Recuperado de [file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/8332-8413-1-PB%20\(3\).PDF](file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/8332-8413-1-PB%20(3).PDF)
- Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis multifamiliar: los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós.
- Belloso, J. (2012). Intervención en trastorno mental grave. *Clínica contemporánea*, 3(1), 3-23. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2012v3n1a1.pdf>
- Bravo, M. (2010). Psicofarmacología para psicólogos. Recuperado de <http://psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/04/Psicofarmacolog%C3%ADa.pdf>
- Castillo, R., Villar, M. y Dogmanas, D. (2011). Hacia una rehabilitación psicosocial integral en el Uruguay. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 4, 83-96. Recuperado de [file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/102-561-3-PB%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/102-561-3-PB%20(6).pdf)

- De León, N. y Kakuk, M.J. (2013). Una disyunción política necesaria “Derechos Humanos y Salud Mental”. En De León, N. *Abrazos: experiencias narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp. 65- 77). Uruguay: Ediciones Levy.
- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, CH. (1980). *Tratado de psiquiatría* (octava edición). Barcelona: Toray-Masson, s.a.
- Florit, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de psicología*, 24(1-3), 223-244. Recuperado desde: <file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/104-207-1-SM.pdf>
- Freud, S (1924 [1923]). Neurosis y Psicosis. En Obras completas XIX, (pp. 151-159). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S (1924). La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis. En Obras completas XIX, (pp.189-197). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la practica clínica* (3era edición). Buenos Aires, Argentina: MEDICA PANOAMERICANA S.A.
- García, J., Peñuelas, E, de las Heras, B., Menéndez, L. Diez, M. (2000). La formación y el empleo. Instrumentos básicos para la integración de las personas con trastornos psicóticos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, XX (73), 9-22. Recuperado de <file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/15680-15777-1-PB.pdf>

Gejman, P. y Sanders, A. (2012). La etiología de la esquizofrenia. *Medicina*, 72, 227-234.
Recuperado <http://www.medicinabuenaosaires.com/PMID/22763160.pdf>

González, J. y Rodríguez, A. (2010). Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332.
Recuperado de [file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/Programas%20de%20Rehabilitaci%C3%B3n%20Psicosocial%20en%20la%20Atenci%C3%B3n%20Comunitaria%20a%20las%20Personas%20con%20Psicosis%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/Programas%20de%20Rehabilitaci%C3%B3n%20Psicosocial%20en%20la%20Atenci%C3%B3n%20Comunitaria%20a%20las%20Personas%20con%20Psicosis%20(1).pdf)

González, I., Ubeira, B. y Maestro, F. (2013). “Qué locura de antipsicóticos!!!!: Una revisión práctica”. *Cuadernos de atención primaria*, 19. Recuperado de http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_3/4.Habilidades-e-terapeuticas/Habilidades_e_Terapeuticas_vol19_n3_2.pdf

Intercentros rehabilitación psicosocial. Guía de centro de rehabilitación psicosocial(2011).
Recuperado de http://www.psicologos.org.uy/documentos11/20110617_guia_centros_rehab.pdf

Jiménez, A., Baroni, C., Giordano, M., Cresci, L. y Planchesteiner D. (2013). Locos por la radio... 15 años de participación comunicativa. En De León, N. *Abrazos: experiencias narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp. 165- 179). Uruguay: Ediciones Levy.

Lemos, S., Vallina, O., Fernández, P., Fonseca, E. y Paino, M. (2010). Bases clínicas para un nuevo modelo de atención a las psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 299-318.
Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v21n3/v21n3a08.pdf>

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2002). DSM-IV- TR. Barcelona: Masson, S.A.

Martínez Tehaldo, R., Bachini, O. y Bertran, G. (s/f). Manual de rehabilitación psíquica. Montevideo.

Martínez Tehaldo, R. (1995). Cuadernos de Rehabilitación, Nº 6. Montevideo, C.N.R.P.

Masa, S. (2012). Esquizofrenia y teoría de la mente (Tesis doctoral, Universidad de Extremadura). Recuperado de http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/bitstream/handle/10662/315/TDUEX_2012_Masa_Moreno.pdf?sequence=1

Menéndez, C., del Olmo, F. (2010). Arteterapia o intervención terapéutica desde el arte en rehabilitación psicosocial. *Informaciones psiquiátricas*, 201(3), 367-380. Recuperado de [file:///C:/Users/ASUS1/Desktop/Tabajo%20final%20de%20grado/materiales/google%20academico/201_inf%20psiq%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ASUS1/Desktop/Tabajo%20final%20de%20grado/materiales/google%20academico/201_inf%20psiq%20(1).pdf)

Montaño, L., Nieto, T. y Mayorca, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicología*, Vol. 4 (1). Recuperado de <http://umbnoticias.umb.edu.co/revp/index.php/vanguardiapsicologica/article/view/88/120>

Novella, E. y Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205-219. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v21n3/v21n3a02.pdf>

Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García, M., d, López, E., Villellas, R., Arenas, O., Álvarez, I., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J., Lobo, E. y Haro, J.M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 31(111), 477-489. Recuperado de http://www.documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/2011/111/111.477-estudio_cualitativo_sobre_la_autopercepcion_del_estigma.pdf

OMS y WARP, (1996). Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR / WHO. Recuperado de: http://www.wapr.info/World_Association_for_Psychosocial_Rehabilitation_WAPR/Documents_files/WHO_WAPR_Declaracion_de_consenso_esp.pdf

Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud Mental (2011). Recuperado de http://www.comef.com.uy/pub/protocolos_normativas/Salud%20Mental%20-%20Prestaciones.pdf

Selma, H. (2012). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 2(1), 80-129. Recuperado de [file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/33-708-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/33-708-1-PB%20(1).pdf)

Silvestre, M., Ingelmo, J. y García, A. (2013). Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 33(117), 289-300. Recuperado de <file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/16606-16701-1-PB.pdf>

Vallejo, J (1991). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (3era edición)*. Barcelona, España: MASSON – SALVAT.

Vallina, O. y Lemos, S. (2010). Guía de tratamiento psicológicos eficaces para la esquizofrenia. En Pérez, M., Fernández, J., Fernández, C., Amigo, I. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*, (pp.35-72). Madrid: Pirámide.