

Informaciones Psiquiátricas

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LOS CENTROS
DE LA CONGREGACIÓN DE HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

Fundada en 1955 por el Dr. D. Parellada

DIRECTOR

Dr. JOSEP TRESERRA TORRES

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Dr. J. A. LARRAZ ROMEO

Dr. CARLOS LINARES DEL RÍO

Dr. I. MADARIAGA ZAMALLOA

Dr. M. MARTÍN CARRASCO

Dr. F. DEL OLMO ROMERO-NIEVA

JEFE DE REDACCIÓN

Dr. J. M. CEBAMANOS MARTÍN

CONSEJO DE REDACCIÓN

Prof. C. GÓMEZ-RESTREPO

Dr. J. ORRIT CLOTET

Dr. P. PADILLA MENDÍVIL

Dr. P. ROY MILLÁN

ASESORES CIENTÍFICOS

Prof. Dr. E. ÁLVAREZ MARTÍNEZ

Prof. Dr. ARANGO LÓPEZ

Prof. Dr. J. L. AYUSO MATEO

Prof. Dr. A. BULBENA VILARRASA

Prof. Dr. M. CASAS BRUGUE

Prof. Dr. J. L. GONZÁLEZ RIVERA

Prof. Dr. J. GUIMÓN UGARTECHEA

Dr. M. GUTIÉRREZ FRAILE

Prof.^a Dra. C. LEAL CERCOS

Prof. Dr. P. MCKENNA

Dr. M. MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Prof. Dr. L. ORTEGA MONASTERIO

Prof. Dr. J. SÁIZ RUIZ

Prof. Dr. L. SALVADOR CARULLA

Dr. J. TIZÓN GARCÍA

Prof. Dr. M. VALDÉS MIYAR

Dr. E. VIETA PASCUAL

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver:
<http://www.icmje.org>

DIRECTOR ADMINISTRATIVO

Sor Teresa López Beorlegui

BENITO MENNI, COMPLEJO ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL

Dr. Pujadas, 38 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Tel.: 93 652 99 99 / Fax: 93 640 02 68

e-mail: inf-psiQuiatrics@hospitalbenitomeni.org / <http://www.hospitalarias.org>

Las referencias de esta revista se publican periódicamente en: IME/Índice Médico Español; PSICO-DOC/Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; CINDOC (ISOC) (CSIC) (IBECS)/Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Psiquiatria.com

Informaciones Psiquiátricas

N.º 201 / 3.º trimestre 2010

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver: <http://www.icmje.org>

INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS aceptará para su publicación, previo informe favorable del Consejo de Redacción, aquellos trabajos que versen sobre temas de Psiquiatría, Psicología o Medicina Psicosomática, y que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los trabajos serán clasificados de acuerdo con las secciones de que consta la Revista y que son las siguientes: Originales, Revisiones de Conjunto, Comunicaciones Breves y Notas Clínicas. A juicio del Comité de Redacción podrán aceptarse aportaciones sobre temas de actualidad, cartas al director, crítica de libros...
2. Los trabajos serán inéditos y no deberán estar pendientes de valoración o publicación en otra revista.
3. Serán remitidos a la Secretaría de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS, calle Doctor Antoni Pujadas, n.º 38, 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona).
4. Los trabajos deberán presentarse en disquette, utilizando el programa Word 97 e impresos en folios numerados escritos a doble espacio por una sola cara.
5. En la primera página deberá constar, exclusivamente, los siguientes datos:
 - Título del trabajo.
 - Filiación completa del autor principal y coautores.
 - Teléfono/s de contacto y correo electrónico.
 - Centro donde se realizó el estudio.
 - Cargo o cargos del autor o autores en el citado centro de trabajo.
6. En la segunda página figurará, nuevamente, el título del trabajo, un resumen del mismo y se deberán añadir de 3 a 6 palabras clave para la elaboración del índice de la revista, todo ello en español e inglés.
7. La estructura del texto se acomodará a la sección donde deberá figurar el trabajo en caso de su publicación.
En el caso de los trabajos originales de investigación, la estructura del texto deberá contar con los siguientes apartados y por el orden que se citan:
 - Introducción.

- Material y Métodos.
 - Resultados.
 - Discusión.
8. Los trabajos deberán ir acompañados de la correspondiente bibliografía, que se presentará en hoja u hojas aparte. Las referencias bibliográficas se citarán numéricamente en el texto y atenderán a las siguientes normas:
 - a) Se dispondrán las citas bibliográficas según orden de aparición en el trabajo, con numeración correlativa, y en el interior del texto constará siempre dicha numeración.
 - b) Las citas de artículos de **revistas** se efectuarán de la siguiente manera:
 - Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
 - Título del trabajo en su lengua original.
 - Abreviatura de la revista, de acuerdo con la norma internacional.
 - Año, número de volumen: página inicial - página final.

Kramer MS, Vogel WH, DiJohnson C, Dewey DA, Sheves P, Cavicchia S, et al. Antidepressants in 'depressed' schizophrenic inpatients. A controlled trial. Arch Gen Psychiatry 1989;46(10):922-8.
 - c) Las citas de **libros** comprenderán por el siguiente orden:
 - Apellidos e iniciales del nombre de los autores en mayúsculas.
 - En: Título original del libro.
 - Apellidos e inicial de los (ed).
 - Ciudad, Editorial, Año: página inicial - página final.

Thomas P, Vallejo J. Trastornos afectivos y bulimia nerviosa. En: Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Turón J (ed). Barcelona, Masson; 1997: 164-177.
 9. La iconografía que acompañe al texto (tablas, dibujos, gráficos...) deberá tener la suficiente calidad para su reproducción, estar enumerado correlativamente y se adjuntará al final del mismo.
 10. La Redacción de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS comunicará la recepción de los trabajos y, en su caso, la aceptación de los mismos y fecha de su publicación.
El Consejo de Redacción podrá rechazar los trabajos cuya publicación no estime oportuna, comunicándolo, en este caso, al autor principal. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de la Revista.
Una vez publicado el trabajo, el primer autor recibirá 20 separatas, totalmente gratuitas.

ÍNDICE

- 225 *Introducción*
DEL CONCEPTO DE REHABILITACIÓN
AL DE RECUPERACIÓN
CARLOS REBOLLEDA GIL Y ALEJANDRO FLORIT ROBLES
- 237 LA RECUPERACIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNOS
MENTALES GRAVES
FRANCISCO DEL OLMO ROMERO-NIEVA
- 259 INTERVENCIÓN CENTRADA
EN EL RECONOCIMIENTO DE PRÓDROMOS:
PROBLEMÁTICA OBSERVADA DESDE UN CRPS
CARLOS REBOLLEDA GIL
- 281 ENFERMEDAD MENTAL Y DISCAPACIDAD VISUAL
EN LOS PISOS SUPERVISADOS
OLGA MORALEJO MORENO Y SANDRA SÁNCHEZ GARCÍA
- 285 PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN MINIRESIDENCIAS
VALLE PORTACELLI GUTIÉRREZ, CARMEN GARRIDO MANZANARES,
ALMUDENA RAMÍREZ MACIAS, YOLANDA RISUEÑO, LEONOR CHAMORRO MERA,
ANA CASTAÑO, MARÍA JOSÉ DEL MORAL, ROCÍO MUÑOZ, ANA FERNÁNDEZ,
VERÓNICA MARTÍNEZ TORRALBA, ANA ARGUINZONIZ MORALEDA,
AMANDA CASTELLANOS REDONDO, AMAYA MANRIQUE ARAQUE,
MARÍA DEL MAR BARROSO MARTÍN E INÉS MARÍA ORTEGA LEPE

- 301 INTERVENCIÓN JUNTO CON LA FAMILIA EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE BADAJOZ
ANA I. DELFA CANTERO Y CAROLINA MOGOLLÓN RODRÍGUEZ
- 317 HH EMPLEA: PROYECTO DE FOMENTO DE LA INSERCIÓN LABORAL DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL EN LAS HERMANAS HOSPITALARIAS
MARÍA ALONSO Y FERNANDO COBO
- 325 PROYECTE PONT
ENCARNA TOLEDO, LETICIA JIMÉNEZ, EULÀLIA NAVARRO, MERCÈ MARTÍNEZ Y JOSEP TORRICO
- 331 POSIBILIDAD DE ESTABLECER MODELOS PREDICTIVOS EN EL CAMPO DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA
MARTA ARRIETA RODRÍGUEZ, ISMAEL LASTRA MARTÍNEZ, ROSARIO BENGOCHEA SECO, DAVID GIL SANZ Y MARÍA DEL MAR FERNÁNDEZ MODAMIO
- 341 RELACIÓN ENTRE INSIGHT Y OTRAS VARIABLES CLÍNICAS EN ESQUIZOFRENIA
ROSARIO BENGOCHEA SECO, DAVID GIL SANZ, MARTA ARRIETA RODRÍGUEZ, MARÍA DEL MAR FERNÁNDEZ MODAMIO, ISMAEL LASTRA MARTÍNEZ, RAÚL SÁNCHEZ CALLEJA, RAQUEL PRAT SOLÍS, ALEXANDRA ARCE LÓPEZ Y ANA ÁLVAREZ SOLTERO
- 355 USO DEL TEST BARCELONA PARA LA VALORACIÓN COGNITIVA DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA: UTILIDAD DE UNA PUNTUACIÓN TOTAL
DAVID GIL SANZ, ROSARIO BENGOCHEA SECO, MARTA ARRIETA RODRÍGUEZ, MARÍA DEL MAR FERNÁNDEZ MODAMIO, ISMAEL LASTRA MARTÍNEZ, RAÚL SÁNCHEZ CALLEJA, ANA ÁLVAREZ SOLTERO, MARIAN DIEGO Y RAQUEL PRAT SOLÍS
- 367 ARTETERAPIA O INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DESDE EL ARTE EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL
CARMEN MENÉNDEZ Y FRANCISCO DEL OLMO ROMERO-NIEVA

Introducción

DEL CONCEPTO DE REHABILITACIÓN AL DE RECUPERACIÓN

CARLOS REBOLLEDA GIL

Psicólogo, Centro de rehabilitación psicosocial de Aranjuez, Hermanas Hospitalarias. Madrid. Representante de la Línea de Rehabilitación Psicosocial en la comisión de investigación de la Provincia de Madrid.

ALEJANDRO FLORIT ROBLES

Psicólogo clínico, Director técnico de la Línea de Rehabilitación Psicosocial, Hermanas Hospitalarias. Madrid.

Recepción: 13-07-10 / Aceptación: 20-07-10

En este número se recogen algunos de los trabajos presentados por diferentes profesionales en las II Jornadas de Rehabilitación Psicosocial organizadas por la Línea de Rehabilitación Psicosocial (Hermanas Hospitalarias).

Dichas Jornadas se realizaron los días 16 y 17 de abril de 2009 con un total de 165 personas inscritas, 8 ponencias, 15 comunicaciones y 10 pósters. La mayoría de los trabajos presentados fueron desarrollados por personas que trabajan en centros de atención a personas con enfermedades mentales graves y persistentes basadas en modelos de rehabilitación psicosocial. Tres ponencias fueron invitadas: la conferencia inaugural del Dr. Francisco del Olmo, Psiquiatra y Director del Área de Salud Mental Hermanas Hospitalarias-Madrid sobre «la recuperación de personas con enfermedades mentales graves», que se encuentra desarrollada en el artículo que abre este monográfico, y cuyo tema vertebró las jornadas, mereciendo

un comentario posterior en esta introducción; la ponencia invitada del Dr. Francisco Javier Rivas Flores, Médico del Hospital de Fuenlabrada y bioeticista, «La medicina basada en la evidencia, una necesidad desde la bioética» y la conferencia de clausura «el estigma en la esquizofrenia», del Dr. Manuel Muñoz, Psicólogo, profesor titular de la Universidad Complutense de Madrid.

Además en estas Jornadas se hizo entrega de los II Premios de I+D+i de la Línea de Rehabilitación Psicosocial con una cuantía total de 3.100 €. Algunos de los trabajos premiados están recogidos en este monográfico: «El Proyecto HH Emplea», primer premio de la categoría de ponencia; «El uso del Test Barcelona», segundo premio de la categoría de ponencia; «Protocolo de intervención en residencias», primer premio en la categoría de comunicaciones; e «Incorporación a un piso supervisado de una persona invidente», segundo premio de la categoría de comunicaciones.

Las I Jornadas de Rehabilitación se denominaron «**Desarrollando la Rehabilitación**» y sus trabajos fueron publicados en esta misma revista *Informaciones Psiquiátricas*, en el volumen 194. Estas II Jornadas tuvieron el lema «**Del concepto de la Rehabilitación al de Recuperación**».

Si bien hace ya varios años se demostró la necesidad de realizar un cambio en la forma en que se estaba prestando la atención a la salud mental por un tipo de atención en la comunidad que abarcase no sólo un tratamiento farmacológico sino también uno rehabilitador, en los últimos años se está viviendo otro tipo de cambio en el estilo de la atención, comenzándose a escuchar la palabra «recuperación».

Uno de los autores que todos los profesionales leían cuando comenzaban a interesarse por la rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental era a Liberman y su libro «Rehabilitación integral de los enfermos mentales». Un libro que ha

sido referente en el diseño de múltiples centros aquí en España y que subrayaba la necesidad de rehabilitar una serie de funciones que las personas con enfermedad mental debido a sus crisis psicóticas habían podido perder.

La valoración se centraba en los déficits de estas personas en su vida diaria, así como en su funcionamiento social, de forma que se pudiesen trabajar esas carencias y devolver el máximo potencial de la persona de forma que pudiese manejarse lo más autónomamente posible.

En este sentido existen numerosas intervenciones con suficiente evidencia de su eficacia basada en las técnicas conductuales de adquisición de habilidades y el principal problema al que se enfrentaban los profesionales era el de la generalización del aprendizaje de dichas habilidades que se desarrollaban en contextos poco normalizados.

Poco a poco la situación fue evolucionando para hablar, no tanto de modelos de déficits, sino de fortalezas y capacidades. En este punto los profesionales de la salud mental iniciaron un proceso de desmitificación (o tal vez de desestigmatización) del propio concepto de enfermedad mental, haciendo notar que las personas con enfermedades mentales no sólo tenían déficits y síntomas, sino que también tenían habilidades preservadas, capacidades conservadas, o nuevas habilidades desarrolladas para poder afrontar sus discapacidades derivadas de la propia enfermedad.

Pero hasta este momento el prisma siempre estuvo puesto en la visión del profesional. Era éste el que podía reconocer los síntomas y los déficits sobre los que posteriormente aplicar la rehabilitación y descubrir las capacidades y fortalezas de cada sujeto y su entorno para poder apoyarse en ellas o desplegarlas en el máximo de sus potencialidades.

Paralelamente el modelo de relación sanitaria ha ido evolucionando significativamente en nuestra so-

ciudad. Si bien antes, las relaciones entre un médico y un paciente, se basaban en el paternalismo, y el paciente sólo quería ponerse en manos de un buen médico que supiese mucho para ser curado y seguir las indicaciones que le diese su médico; actualmente los pacientes piden mucha información de qué es lo que les pasa, la buscan en internet, valoran diferentes cursos de tratamiento, contemplan cómo afectará cada uno de ellos a su vida y su concepto de calidad de vida, y algunas personas optan por tratamientos más agresivos, otros por ser tratados los medios menos agresivos y otros incluso rehúsan ser tratados, aunque de ello pueda derivar su propia muerte. Es un modelo de relación basada en el respeto a la autonomía del paciente, y a ningún médico de hoy en día se le ocurriría hacer una intervención quirúrgica sin antes pedir un consentimiento informado previo, lo que debería suponer informar adecuadamente a cada paciente de la naturaleza de su enfermedad, los cauces posibles y las consecuencias de cada uno de ellos para que pueda el enfermo elegir libremente el cauce de acción que mejor responda a sus intereses y valores personales. De hecho, hoy existe ya una Ley que regula todo este tipo de relaciones y que pretende garantizar una serie de derechos de los pacientes (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

En psiquiatría todo esto llega, aunque más tarde. El hecho de que la valoración de la capacidad de las personas con enfermedades mentales siempre esté en duda y las interferencias de la reducida conciencia de enfermedad de muchos pacientes, hace que la relación profesional-paciente haya sido siempre muy vertical, de forma que uno, el profesional, sabe qué es lo mejor para el otro y no se espera que el enfermo pueda hacer valoraciones razonadas sobre sus tratamientos y posibles cursos de acción. Pero el avance

en conocimientos de la propia enfermedad mental y su concepto hace que los profesionales de la salud mental vayan cuestionándose algunas cosas que hasta ahora eran creídas a pies juntillas como por ejemplo que los delirios eran pensamientos despegados de la realidad, irreductibles y que nada tenían que ver con la persona; que la volición de estos pacientes era inexistente, etc. De hecho, cuando Kraepelin describió la evolución de la esquizofrenia o *dementia praecox* la definió como un proceso que llevaba inevitablemente al deterioro psíquico y la incompetencia social; el DSM III advertía que la vuelta a los niveles premórbidos de las personas con esquizofrenia era totalmente infrecuente, etc. Esta perspectiva negativa quedó en el inconsciente de toda la sociedad civil pero también en la de los clínicos. Hoy los estudios de intervenciones tempranas, por ejemplo, dan resultados absolutamente esperanzadores sobre la evolución de la esquizofrenia.

Se va pues abriendo paso poco a poco a la participación de los usuarios de los servicios de salud mental en relación con sus propios tratamientos. En definitiva es moverse del modelo paternalista a otro mas basado en el respeto de la autonomía que tienen las personas con enfermedad mental.

Desde estos modelos nuevos de comprender a los enfermos no tanto ya como pacientes sino como usuarios de servicios sociosanitarios, se va pasando también de un modelo de la rehabilitación a otro basado en la recuperación de las personas con enfermedad mental. Estos modelos de recuperación ponen el énfasis en la participación activa de la propia persona con enfermedad mental en el proceso de recuperación de su propia vida, proponiéndose metas vitales y decidiendo qué tipos de intervenciones son las que más pueden ayudarle a conseguir dichos objetivos personales. En este sentido el profesional se convierte no en el sujeto que sabe qué es lo bueno para el otro, para el enfermo, sino que es un vehículo

que ayuda a la persona enferma a vislumbrar esas metas vitales, que le ayuda a discernir qué caminos son los que más va a facilitar el poder llegar a ellos y el que le acompaña en el camino, el que organiza los recursos y apoyos necesarios para que puedan estar disponibles en cada momento...

Este paso es fundamental y necesario desde el punto de vista de los propios procesos terapéuticos de recuperación de las personas con enfermedad mental, pero también es un deber ético el organizar los servicios desde este prisma.

Sin embargo como toda posición, los extremos pueden convertirse en algo peligroso. En Bioética se habla del modelo paternalista, pero también de su opuesto, el modelo de relación llamado «del consumidor». Este no es otro en el que el profesional sanitario se convierte en un mero instrumento de dar aquello que el paciente exige (todo salvo que sea maleficente o iatrogénico). El profesional no toma ninguna decisión ni ayuda a la toma de decisiones, esto queda en la única responsabilidad del propio enfermo que es visto como un mero consumidor de servicios sanitarios. Trasladado al campo de la salud mental, se puede llegar al extremo de que los profesionales que nos dedicamos a esto nos convirtamos en meros medios, sin «mojarnos» en el proceso de recuperación de los usuarios que atendemos. Éste, sin embargo, es un modelo que descuida las posibles necesidades de las personas que no siempre se verbalizan ni se hacen conscientes. Así pues la relación debe ser más una basada en el denominado «modelo deliberativo», en el que el profesional se convierte en un medio pero también en un elemento activo que ayuda a la persona a tomar decisiones, poniendo encima de la mesa elementos nuevos del propio paciente que tal vez él no se haya percatado, para que, de esta forma, el usuario del servicio pueda tomar la mejor decisión. El profesional debe implicarse pero respetando siempre el punto de vista del enfermo, descubriendo sus valores y prio-

ridades (no las del profesional), pero sí con la obligación ética de persuadir al paciente de lo que puede ser mejor para él desde el respeto de sus convicciones.

Traducido en el campo de la salud mental, los modelos de recuperación y de rehabilitación deben estar «condenados» a convivir de modo que se integren ambas perspectivas, una basada más en la evidencia de los tratamientos, en el conocimiento científico y la otra más basada en el modelo autonomista y de las necesidades personales.

Esto conlleva el que en los centros de rehabilitación se vayan introduciendo cambios pequeños pero muy importantes como son la participación del usuario en la propia elaboración de su plan de intervención, tomando en cuenta las necesidades percibidas por él mismo y por el equipo de profesionales que le atienden, integrando las perspectivas mediante el consenso y la persuasión, llegando a acuerdos y dejándolos plasmados en un plan individualizado de rehabilitación que pueda ser firmado por ambas partes. Este plan debe ir revisándose cada cierto tiempo, y dicha revisión se debe hacer desde ambas perspectivas, desde la visión del profesional que valora la evolución del usuario y la percepción del propio usuario en su camino hacia su recuperación. Valoración que debe ser trasladada a cada tipo de intervención que le sea propuesta la persona, y que lógicamente debe ser previamente acordada y dejando claros los objetivos por los que esa persona entra en la intervención.

En definitiva tiene que ver con la valoración de la satisfacción de las personas atendidas, pero no sólo eso, sino también con la percepción de la propia mejora y de la consecución de sus propios objetivos vitales.

En este número se recogen múltiples trabajos que hacen referencia a algunos de los objetivos e intervenciones que se plantean habitualmente desde los recursos que trabajan junto con los usuarios para la rehabilitación y/o recuperación de estos.

Destacar en primer lugar que uno de los objetivos fundamentales del trabajo en nuestros centros es la integración comunitaria del usuario, lo que conlleva conocer los recursos existentes en nuestra zona y en algunos casos el trabajo coordinado con estos para tratar de facilitar el acceso y mantenimiento del usuario en los mismos, un buen ejemplo de esto es «Proyecto Pont». No podemos olvidar tampoco la posibilidad de que el usuario pueda llegar a integrarse en el mercado laboral, objetivo fundamental de los centros de rehabilitación laboral, en «HH Emplea: proyecto de fomento de la inserción laboral de personas con trastorno mental en las hermanas hospitalarias» se recoge un programa destinado a proporcionar un entorno facilitador para la integración laboral de estos usuarios, tratando de fomentar que Hermanas Hospitalarias se consolide como organización proveedora de oportunidades de integración laboral para personas con enfermedad mental.

La adaptación de los recursos a las necesidades de los usuarios es otra de las necesidades de nuestro trabajo, buena muestra de este esfuerzo son los trabajos presentados en este número «Enfermedad mental y discapacidad visual en los pisos supervisados» en el que se detalla el proceso y las diferentes estrategias utilizadas por parte de los profesionales para tratar de facilitar la adaptación de una usuaria con ceguera a un recurso residencial y «protocolo de intervención en miniresidencias» en el que intervienen un elevado número de profesionales de las diferentes miniresidencias gestionadas por Hermanas Hospitalarias en la comunidad de Madrid que entendiendo estos recursos desde una perspectiva rehabilitadora, además de residencial, elaboran un diseño común destinado a favorecer que las personas que acceden a las mismas, puedan llevar a cabo actividades y tareas que les permitan participar en aquellos roles que configuran su identidad, sentirse útiles e integrados socialmente y tener una vida gratificante y de calidad.

De especial relevancia en nuestro trabajo es llevar a cabo una evaluación fina acerca del funcionamiento, así como de las competencias y los déficits de los usuarios que acceden a nuestros recursos, para ello es importante que los profesionales implicados en este proceso conozcamos de forma detallada aquellas baterías, instrumentos y medidas más fiables a la hora de valorar un área concreta, ejemplo de esto es «Uso del test Barcelona para la valoración cognitiva de los pacientes con esquizofrenia: utilidad de una puntuación total».

Dentro del proceso de intervención el conocimiento de la enfermedad, así como la adquisición y el desarrollo de estrategias destinadas al reconocimiento autónomo de señales que puedan avisar al usuario sobre un empeoramiento psicopatológico o una posible desestabilización son en ocasiones objetivos fundamentales en el proceso de rehabilitación de algunos usuarios, a este respecto, en «Relación entre insight y otras variables clínicas en esquizofrenia» se revisan resultados previos donde se establece la existencia de dos factores de insight, un factor que hace referencia a un conocimiento general de la enfermedad y otro referido a un conocimiento más específico de la misma, estudiando también las relaciones entre estos factores y diferentes variables clínicas y socio-demográficas. En «Intervención centrada en el reconocimiento de pródromos: Problemática observada desde un CRPS» se relatan las dificultades observadas en referencia a la adquisición de habilidades para el reconocimiento de señales de aviso de crisis en un grupo de usuarios que participan en un entrenamiento de este tipo.

El hecho de incluir, siempre que se vea adecuado y posible, a las familias de nuestros usuarios en el proceso de rehabilitación es de vital importancia. Al ser las personas que en muchas ocasiones conviven con ellos, dotarles de conocimientos y estrategias es fundamental para hacerles participes en la generalización

a otros contextos de la puesta en práctica de algunas habilidades y estrategias que estos usuarios entrenan habitualmente en nuestros recursos. El hecho de que estas familias se sientan apoyadas y asesoradas permite, en ocasiones, que éstos puedan gestionar de forma más adecuada los niveles de sobrecarga que puedan surgir en la convivencia con nuestros usuarios, en «Intervención junto con la familia en el CRPS de Badajoz» se explicitan los diferentes procedimientos que desde este centro se usan en este tipo de intervenciones.

También es de gran interés para todos los profesionales que trabajamos en el ámbito de la rehabilitación psicosocial conocer las variables que pueden influir en el mayor o menor éxito de los procesos que se llevan a cabo con los usuarios que acuden a nuestros centros, en «Posibilidad de establecer modelos predictivos en el campo de la rehabilitación psicosocial de personas con diagnóstico de esquizofrenia» se trata de establecer si es posible la determinación de modelos predictivos en el campo de la Rehabilitación Psicosocial que optimicen los procesos de reinserción social de las personas con diagnóstico de esquizofrenia.

Por último, es de reseñar que los paradigmas de rehabilitación y de recuperación son los suficientemente amplios para estar abiertos a otros modelos teóricos y tipos de intervenciones. El artículo sobre «terapia por el arte en rehabilitación psicosocial» traza los orígenes del arteterapia en modelos humanistas y psicodinámicos hacia un tipo de intervención que está mostrando su utilidad y efectividad incluso en evaluaciones científicamente válidas.

Recordar que este número y las II Jornadas de Rehabilitación Psicosocial no hubieran sido posibles sin la colaboración de todos y cada uno de los profesionales que enviaron su artículo, póster o expusieron su comunicación o su ponencia, personas que tratan de compatibilizar su trabajo diario en los centros con la investigación y el desarrollo de nuevas ideas. Agrade-

cer, por tanto, a los autores de estos trabajos sus enriquecedoras aportaciones.

En referencia a esto, comentar que en la provincia de Madrid en marzo de 2010 comenzó a dar sus primeros pasos la comisión de investigación liderada por el Dr. Francisco del Olmo, en la que existen representantes de todos y cada uno de los grandes centros o líneas de esta provincia (Clínica San Miguel, Complejo asistencial Benito Menni, Hospital Beata María Ana, Línea de rehabilitación psicosocial, Complejo asistencial de Málaga y la Fundación Purísima Concepción de Granada), y que cuenta con asesoramiento de profesionales contrastados para la resolución de cuestiones metodológicas y bibliográficas, así como para la búsqueda de posible financiación y subvenciones para los proyectos de investigación que reúnan los requisitos necesarios para optar a estas ayudas. Uno de los objetivos de esta comisión es asesorar y dar apoyo a los proyectos de investigación que previamente desarrollados y valorados por los representantes de cada centro junto con los autores, sean enviados y aceptados por la misma. Se nos dota, por tanto, a los profesionales de la Provincia de Madrid de una importante herramienta para facilitar que puedan hacerse realidad aquellos proyectos de investigación que tenemos en el ordenador o en el cajón de la mesa de nuestro despacho y que en ocasiones no han visto la luz porque nos han generado múltiples dudas al respecto de cómo podemos poner en marcha lo que ya tenemos plasmado en el papel, quién nos puede asesorar si tenemos alguna duda con respecto a la metodología, quién puede echarnos una mano a la hora de dar con aquel cuestionario que no encuentro por ningún sitio o a quién podemos pedir ayuda a la hora de buscar subvenciones o financiación para el proyecto que pretendo llevar a cabo, entre otras muchas más cuestiones que seguro nos asaltan cuando se trata de poner en marcha una investigación.

Día tras día, todos nos esforzamos por dar la mejor atención posible a los usuarios que acuden a nuestros centros, la investigación y el desarrollo de nuevas ideas al fin y al cabo son medios para conseguir un fin, que en este caso es tratar de mejorar la calidad del servicio prestado.

LA RECUPERACIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES

FRANCISCO DEL OLMO ROMERO-NIEVA

Psiquiatra. Director del Área de Salud Mental, Hermanas Hospitalarias. Madrid.

Recepción: 13-07-10 / Aceptación: 20-07-10

RESUMEN

En las últimas décadas, se ha puesto en duda la visión clásica de la esquizofrenia como una enfermedad progresivamente deteriorante, como consecuencia de dos factores principales: los resultados de los estudios de seguimiento a largo plazo, que indican un curso más heterogéneo y benigno de lo que se creía; y los relatos de experiencias subjetivas de los afectados, que han ido constituyendo un movimiento de defensa de sus derechos. Estos dos factores han producido dos conceptos de recuperación, no siempre coincidentes: uno clínico, basado en la reducción de los síntomas y la discapacidad; y otro personal, basado en el proceso subjetivo de superación a pesar de la enfermedad. Aunque todavía en proceso de definición y discutido, el concepto de recuperación empieza a tener gran influencia en profesionales, gestores, pacientes y familiares, y puede suponer una reorientación en los servicios y prácticas de la rehabilitación psicosocial.

Palabras clave

Recuperación, rehabilitación psicosocial, esquizofrenia, trastorno mental grave.

ABSTRACT

Along last decades, classic view of schizophrenia as a progressive deteriorating illness has been challenged by two factors: long-term follow-up studies that show more heterogeneous and better outcome than was believed; and narratives of the subjective experiences of sufferers, who are advocating their civil rights. Two concepts of recovery, somewhat contradictory, have emerged: a clinical one, based on symptoms and disability reduction; and a personal one, based on the subjective process of self-development along the illness. Although not refined and discussed, recovery concept is influencing professionals, managers, patients and families, and can reorient psychosocial rehabilitation services and practices.

Key words

Recovery, psychosocial rehabilitation, schizophrenia, severe mental disorder.

1. INTRODUCCIÓN: CONCEPTOS DE RECUPERACIÓN

La visión clásica de la esquizofrenia es la de una enfermedad crónica con un pronóstico infausto. Emil Kraepelin, considerado como el fundador del concepto de esquizofrenia, definió la Demencia Precoz, como fue llamada originalmente, como «una enfermedad del cerebro de comienzo juvenil caracterizada por un curso crónico y deteriorante que conduce a la demencia» (Kraepelin, 1896). Dicha visión estaba condicionada, por un lado, por la necesidad de separar esta enfermedad de la psicosis maníaco depresiva basada en la diferencia de cursos (deteriorante en una y básico en la otra), y por otro, en el sesgo que suponía la observación principalmente de enfermos internados por largo tiempo en hospitales psiquiátricos, y por tanto más graves, y sin tratamiento efectivo (los neurolépticos aparecieron en 1956). Su influyente visión de mal pronóstico, por tanto, era en cierto modo determinista, homogénea para todos los pacientes, y no tenía en cuenta el contexto social o apreciaciones subjetivas (Berrios & Porter, 1996). Posteriormente, a pesar del desarrollo de tratamientos efectivos y de la desinstitucionalización, ha predominado una mirada pesimista respecto al pronóstico tanto entre los profesionales como entre el público en general. Parte del pesimismo profesional puede deberse a que el criterio de deterioro es necesario para hacer un diagnóstico de esquizofrenia en las clasificaciones actuales, DSM-IV o CIE-10, por lo que la clasificación de esquizofrenia

puede llevar implícito un mal pronóstico, de forma un tanto tautológica (Hogarty y cols., 1994). Por otra parte, a nivel de opinión pública, la mayor visibilidad de personas con esquizofrenia grave (frente a la relativa invisibilidad de casos de buen pronóstico), insertas en dispositivos de rehabilitación comunitarios, o descritas en los periódicos como integrantes de la población sin hogar o delincuente, ha reforzado el estigma que circunda la enfermedad mental grave, contribuyendo a un mayor pesimismo sobre el curso de la esquizofrenia, caracterizado por la discapacidad, irreversibilidad y peligrosidad (López et al, 2008).

En las últimas décadas, esta visión pesimista ha empezado a cambiar, siendo confrontada desde dos sectores diferentes. Por un lado, desde el sector profesional, los resultados de estudios de pronóstico a largo plazo de la esquizofrenia, hechos en las últimas décadas, han demostrado que el curso es más variable de lo que se creía tanto a nivel individual como grupal, y que bastantes personas con diagnóstico estricto de esquizofrenia pueden tener muy buenos pronósticos, a veces incluso sin tratamiento de mantenimiento. Al mismo tiempo, ha surgido un creciente movimiento de usuarios entre las personas que sufren esquizofrenia que está desafiando tanto la perspectiva tradicional del curso de la enfermedad como las asunciones asociadas acerca de la posibilidad de los afectados de vivir una vida productiva y satisfactoria.

Estas dos influencias (datos clínicos y opiniones de usuarios) han contribuido a un cambio político que ha empezado a influir en las actitudes públicas, la planificación de servicios y en la relación entre pacientes y clínicos. Un concepto central en este cambio es el de «recuperación», un término que aplicado a la esquizofrenia, parecía un oxímoron hace una generación, y que actualmente despierta

gran interés en profesionales, pacientes y familiares y autoridades sanitarias. Existe un reconocimiento creciente de que la recuperación no sólo es posible, sino que puede ser común, y hay una cada vez mayor presión política para que los planes y servicios de salud mental se orienten a la recuperación. Al mismo tiempo, hay una gran confusión y contradicciones acerca del significado del concepto de recuperación. Existen al menos dos modelos de recuperación, de orígenes diferentes (podríamos llamarlos el clínico y el personal o de usuarios), que a veces son divergentes y contradictorios entre sí, y que además a veces se confunden con términos como rehabilitación o reintegración. El resto de este artículo se ocupará de revisar, primero, qué entendemos por recuperación, tanto a nivel clínico como desde el punto de vista de los usuarios, y segundo, de las posibles implicaciones a nivel científico y práctico.

2. CONCEPTO CLÍNICO DE RECUPERACIÓN

En el lenguaje médico habitual, recuperación puede ser sinónimo de ausencia de enfermedad, o curación. Sin embargo, este significado, que puede ser apropiado para enfermedades agudas como una neumonía o una fractura, no lo es para patologías crónicas, como la diabetes o la esquizofrenia. En estas enfermedades podemos considerar que, aunque no existan síntomas, el proceso patológico continúa. En ellas, el significado más apropiado de recuperación sería el de vuelta al funcionamiento premórbido, o por lo menos, a un nivel de funcionamiento en el que la enfermedad no interfiera con la vida habitual. Por lo tanto, a nivel clínico, el concepto de recuperación es un «resultado final», o un pronóstico, que se puede operacionalizar. Los estudios de seguimiento

a largo plazo de personas con esquizofrenia que se han publicado en las últimas décadas han utilizado este concepto de recuperación, mostrando una visión pronóstica más optimista de lo que se había creído.

2.1. Estudios de seguimiento a largo plazo en esquizofrenia

En las últimas décadas, se han realizado diversos estudios diseñados para examinar el pronóstico de personas con esquizofrenia, y que han sido revisados por Harding (2005). Podemos señalar entre ellos ocho estudios fundamentales (tabla I), por el número de pacientes y por realizar un seguimiento a muy largo plazo (más de 20 años, con seguimientos desde 22 a 37 años). Dos estudios fueron realizados en Suiza (Bleuler, 1972; Ciompi, 1976), uno en Alemania (Huber, 1975), uno en Japón (Ogawa, 1987), y tres en Estados Unidos (Tsuang, 1979; Harding, 1987; Desisto, 1995). Además, la OMS llevó a cabo un estudio multinacional en 14 países donde se examinó el pronóstico de la enfermedad en diversos entornos socioculturales (Harrison, 2001).

Agregando los resultados de todos los estudios, entre la mitad y dos tercios de los pacientes fueron considerados al término del seguimiento como «recuperados» o «con mejoría significativa». Aunque los criterios de resultado en estos estudios variaban mucho, en general, los criterios de recuperación incluían: ausencia de síntomas clínicos, no uso de medicación psiquiátrica, vida independiente en la comunidad, y buena relación con otros sin conductas externas que los demás consideran como inusuales. La mejoría significativa solía implicar la recuperación de la mayoría de las funciones, con pocos síntomas, o bien el cumplimiento de todos los criterios de recuperación, excepto uno.

TABLA I
Estudios de seguimiento a largo plazo en esquizofrenia

Estudio	Criterios	N.º	Años	% mejora significativa/recuperación
Burghozli (M Bleuler, 1972)	Clínicos	208	23	53
Bonn (Huber, 1975)	Kraepelin/Bleuler/Schneider	502	22	57
Lausana (Ciompi, 1976)	Kraepelin /Bleuler	289	37	53
Iowa (Tsuang, 1979)	Feighner	186	37	21
Vermont (Harding, 1987)	DSM-III	82	32	62
Japón (Ogawa, 1987)	CIE-9	105	24	56
Maine (Desisto, 1995)	DSM-III	45	36	42
OMS (Harrison, 2001)	DSM-III-R	1.171	25	48

Algunos estudios arrojaron, además de un pronóstico menos sombrío de lo que se creía, algunos resultados interesantes. El estudio de Vermont (Harding, 1987) y el de Maine (Desisto, 1995), se diseñaron emparejando a los pacientes, de tal forma que se pudieran comparar las evoluciones a largo plazo con distintos programas de tratamiento: rehabilitación intensiva en el primero y tratamiento más estándar en el segundo. Dada la diferencia entre porcentajes de pacientes evaluados como recuperados al final del seguimiento (62 contra 42 %), la comparación entre los dos estudios muestra de una manera clara la efectividad de un tratamiento de calidad en la evolución social y sintomática a largo plazo de la esquizofrenia.

Otros resultados de interés pueden verse en el estudio multicéntrico de la OMS (Harrison, 2001), realizado en 1.171 pacientes en 14 países, con un seguimiento de 25 años. Las personas con esquizofrenia que viven en países en desarrollo (donde la recuperación llega al 67 %) muestran mucho mejor pronóstico que las procedentes de países desarrollados (con un porcentaje de 35 %), lo que de-

muestra la importancia del contexto sociocultural como factor protector del pronóstico de la enfermedad. Además, en el seguimiento se demostró la mejoría en el funcionamiento de muchos pacientes en las últimas décadas de la vida, lo que se ha llamado «recuperación tardía».

Tomados conjuntamente, los estudios de seguimiento muestran que la evolución a largo plazo de personas con esquizofrenia es más optimista de lo que se creía, aunque muy heterogénea. Sin embargo, los datos muestran que, a nivel individual, es posible dividir la evolución del funcionamiento a largo plazo en tres fases. Una primera fase, que comienza ya con los pródromos de la enfermedad, antes del primer brote, y dura los primeros 5 a 10 años de enfermedad y es cuando se produce la mayoría del deterioro funcional, y cuando se define principalmente la gravedad e incapacitación que va a tener la enfermedad en el individuo. El funcionamiento social se relaciona sobre todo con los síntomas negativos y déficits cognitivos, que se manifiestan desde el principio, y son estables a lo largo de la enfermedad. Una segunda fase, de estabi-

lización o meseta, en que, aun cuando la función es cambiante, en dientes de sierra provocada por los brotes, globalmente el funcionamiento es estable, con poco deterioro. Por último, a partir de los 50 años, se suele producir una mejoría del funcionamiento, relacionada con la disminución de brotes y hospitalizaciones, y probablemente por una adaptación a la enfermedad. En suma, la mayoría de los pacientes tienen un largo período de discapacidad continua o intermitente, aunque muchos, tal vez la mayoría, tienen períodos de relativamente buen funcionamiento, que aumentan en frecuencia y duración cuando pasan de mediana edad. (Harding, 1998).

De acuerdo a los resultados de estos estudios, queda claro que un curso deteriorante no es la norma para las enfermedades mentales graves, y que «las posibles causas de la cronicidad pueden ser consideradas como teniendo menos que ver con el trastorno y más con una miríada de factores ambientales y sociales que interactúan con la persona y con la enfermedad» (Harding, 1998).

2.2. Criterios operativos de recuperación clínica

Como hemos señalado, el concepto clínico de recuperación que utilizan los estudios de seguimiento en esquizofrenia, se basa en que la recuperación es un resultado, o el final de un camino, o una descripción transversal del funcionamiento en el momento de la evaluación final. Dichos criterios, sin embargo, adolecen de cierta imprecisión: por un lado no son totalmente operativos (es decir, trasladados a escalas replicables), y por otro, no son estables, dado que la evolución se comporta en brotes.

En los últimos años, varios autores han intentado operativizar la definición clínica de recuperación, siendo el intento de

Liberman (2002; 2005), el más influyente. Dicho criterio, en común con los demás, tiene en cuenta tres dimensiones:

- Síntomas que no afecten conducta y/o están debajo del umbral diagnóstico (a nivel operativo, *BPRS menor de 4*, o moderado, en todos los síntomas, tanto positivos, negativos o conductuales). En los estudios a corto plazo, la ausencia transversal de síntomas es definida como *remisión*, por lo que recuperación sería una remisión a largo plazo.
- Funcionamiento social independiente: participación a tiempo parcial o completa en una actividad instrumental apropiada, vida independiente con responsabilidad de actividades de la vida diaria, como manejo del dinero, relación con amigos y/o participación en actividades sociales apropiadas a la edad que no requieran supervisión (a nivel operativo, *GAF mayor de 60*).
- Mantenimiento del estado durante *al menos 2 años* de forma estable.

Algunos aspectos de esta definición clínica de recuperación merecen comentario. En primer lugar, esta definición operativa describe, a diferencia de las utilizadas en los estudios a largo plazo, una recuperación prolongada, pues incorpora el factor tiempo, lo que la hace más exigente que dichas medidas transversales. Los estudios basados en esta definición, aunque iniciales, muestran unos resultados algo menos optimistas que los anteriores, con una proporción aproximada de personas recuperadas del 20 a 50% (Liberman, 2002; 2005). Otra asunción importante es que la recuperación no requiere una remisión total de los síntomas, sino que puede ser compatible con síntomas mínimos o moderados. Por otro lado, la definición especifica un nivel mínimo de funcionamiento, enfatizando que la recu-

peración implica algo más que la remisión sintomática.

Una importante limitación de los criterios clínicos de recuperación es que no recogen la perspectiva subjetiva del individuo sobre su funcionamiento, ni criterios de calidad de vida o de satisfacción con ésta. Esta omisión permitiría, por ejemplo, que una persona juzgada como recuperada por un profesional se encontrara afectada por síntomas residuales (aunque puntuaran bajos en el BPRS), frustrada por la incapacidad de realizar sus proyectos, o desesperanzada por su futuro, lo que deja abierta la puerta a conceptos de recuperación más basados en la visión de los afectados por la enfermedad (Bellack, 2006).

3. MODELO DE RECUPERACIÓN PERSONAL U ORIENTADO A USUARIOS

Al comparar los conceptos de recuperación clínico y orientado a usuarios, es necesario tener en cuenta que ambos se han desarrollado desde diferentes perspectivas, contextos históricos y objetivos. Como señalábamos arriba, las definiciones científicas parten de una orientación basada en la clínica y enfermedad, con el objetivo de diseñar e interpretar la investigación sobre el curso de la esquizofrenia y respuesta a tratamientos. Por el contrario, los conceptos de usuarios parten de algo parecido a un movimiento de derechos civiles originado por cierta decepción ante los servicios de salud mental al fallar en promover la inclusión social y combatir el estigma, y con el objetivo de concienciar a los pacientes y sus familiares y de cambiar políticas de salud mental (Bellack, 2006).

Como antecedentes sociales de este modelo, podemos citar: el movimiento general de consumidores o usuarios, que provienen a su vez del campo de los dere-

chos civiles; el concepto social de discapacidad en el que se considera que la discapacidad es sólo una parte de la persona y que enfatiza los derechos de autodeterminación e inclusión social; el movimiento de discapacitados físicos, o «movimiento de vida independiente», con el acento en la necesidad de hablar por sí mismos («Nada sobre nosotros sin nosotros»), y, por último, el concepto de recuperación usado en los grupos de autoayuda de adicciones, que subraya la toma de control y responsabilidad sobre la propia vida (Roberts y Wolfson, 2006).

Con estos antecedentes, a finales de los años 80 del pasado siglo, en Estados Unidos, comenzó el movimiento de usuarios de Salud Mental, una serie creciente de grupos de presión y autoayuda que expresaban insatisfacción con lo que describían como respuestas paternalistas e insensibles de los servicios de salud mental. Como otros movimientos sociales, las respuestas varían entre un continuo de posiciones. Por un lado, una visión extrema de culpabilización de los profesionales, identificándose los usuarios a sí mismos como «supervivientes» de los servicios de salud mental, y preconizando su recambio por programas de autoayuda. En una opinión más moderada, los usuarios subrayan que los profesionales fallan a menudo en promover optimismo, esperanza, y alternativas, y en incluirles a ellos y a sus familiares en el proceso de tratamiento (Bellack, 2006).

Durante las últimas décadas, han proliferado los relatos personales de recuperación escritos por afectados de enfermedades mentales. Como ejemplo, ha sido de especial relevancia la sección «*First person account*», publicada por la revista *Schizophrenia Bulletin* en cada uno de sus números. En cierta forma, se ha revelado como muy útil una «salida del armario», similar a la de otros colectivos discriminados, como el homosexual. Un ilustrati-

vo ejemplo de esto pudo ser visto cuando un reciente presidente del Colegio de Psiquiatras británico incluyó entre sus cualificaciones para el puesto su experiencia personal de depresión (Roberts y Wolfson, 2006).

En estos relatos personales, muchas veces conmovedores, de lucha contra la enfermedad mental, se puede calibrar la importancia de la visión subjetiva de lo que los afectados por una enfermedad mental consideran como factores importantes en el proceso de recuperación, que no siempre coinciden con el tratamiento previsto por los profesionales, ni tampoco precisa de la desaparición de las dificultades asociadas a la enfermedad. En ellos son citados más frecuentemente factores como la esperanza o el apoyo de familiares o amigos, o la denuncia del estigma, con la consideración de la discriminación y los prejuicios como algo de efectos tan perniciosos como la propia enfermedad (Perkins, 2006).

Como parte del movimiento de usuarios, han surgido, especialmente en los países anglosajones, grupos dirigidos principalmente por éstos, como la *National Alliance for the Mentally III* (NAMI) o el *National Empowerment Center*, que se han convertido en influyentes fuerzas políticas, como grupos de presión y de educación pública. Desde esta perspectiva, los pacientes pueden llegar a ser «expertos por la experiencia» en la propia enfermedad mental, un conocimiento que sería complementario al de expertos por entrenamiento de los profesionales, aportándoles una perspectiva subjetiva.

Como hemos señalado, un grupo creciente de personas, incluyendo profesionales de salud mental, se han identificado como afectados por una enfermedad mental y se han erigido en portavoces muy activos de la comunidad de usuarios, no sólo reclamando cambios en la provisión de servicios, sino ilustrando el hecho

de que la recuperación de enfermedades mentales graves es posible. Dos ejemplos ilustrativos son Patricia E. Deegan y Daniel Fisher.

Patricia E. Deegan fue diagnosticada de esquizofrenia a los 17 años, y durante 3 vivió en una pequeña comunidad (*L'arche*) con otras personas con enfermedades psiquiátricas. En 1984 se doctoró en psicología clínica, y de 1987 al 2001 trabajó como Directora de Programas Comunitarios del Centro de Salud Mental de Massachussets, donde implantó originales programas de vida independiente para personas con enfermedad mental, que fueron galardonados. Es una líder del movimiento de usuarios, y cofundadora del National Empowerment Center en el 2001, entidad de asistencia técnica nacional llevada por usuarios y financiada por el gobierno. Casada desde hace 20 años, y con hijos, ha publicado muchos artículos y da conferencias por todo el mundo, en donde habla de su propia experiencia de recuperación. Según dice, «la mayoría de las personas con discapacidad comparten las mismas fundamentales necesidades y aspiraciones: la necesidad es enfrentarse al reto de la enfermedad y restablecer un nuevo sentido de la integridad y propósito dentro de los límites de la discapacidad; la aspiración es vivir, trabajar y amar en una comunidad en que uno haga una contribución significativa» (Deegan, 1988).

Daniel Fisher se doctoró en Bioquímica en 1968, trabajando como investigador sobre neurotransmisores entre esa fecha y 1973. Durante ese tiempo fue hospitalizado varias veces y diagnosticado de esquizofrenia. Sin embargo, pudo estudiar medicina y especializarse como psiquiatra por la Universidad de Harvard en 1980. Actualmente casado y con 2 hijas, trabaja como psiquiatra desde hace 25 años en el Centro de Salud Mental de Riverside. También co-fundador del Na-

tional Empowerment Center, ilustra también el poder del testimonio personal en el periódico *The Washington Post*: «Yo me he recuperado de la esquizofrenia. Si esta afirmación le sorprende —si usted piensa que la esquizofrenia es una enfermedad cerebral irreversible de la que no se puede escapar— usted ha sido influido por un prejuicio cultural que ha provocado el encierro innecesario de millones de personas bajo la etiqueta de la enfermedad mental. El clínico que se basa en la evidencia, sin embargo, será consciente de que una teoría general no puede estar basada en una historia de caso único» (Fisher, 2001).

También en los últimos años, se ha producido una adopción de este concepto de recuperación por influyentes profesionales del campo de la rehabilitación psicosocial, propugnando un nuevo modelo de tratamiento y rehabilitación (Anthony, 1993). Desde los años 90, empezando en los países anglosajones, ha habido una incorporación de este modelo a las directrices políticas de transformación de los servicios de salud mental como orientados a la recuperación, y se ha promovido la participación de personas afectadas por un trastorno mental en el diseño y la provisión de servicios, por medio de programas de «paciente experto» (Department of Health, 2001).

Ha surgido así una nueva definición de recuperación, basada en la visión de los usuarios, que puede incluir, pero no requiere, una remisión de los síntomas o de la discapacidad. Más allá de esto, la recuperación es vista como un proceso de desarrollo y crecimiento personal, relacionado con la lucha contra la enfermedad y el estigma, para retomar el control y alcanzar satisfacción sobre la propia vida. En este sentido, el concepto de recuperación es tanto un abordaje, como un modelo, una filosofía, un paradigma, un movimiento y una visión.

Podemos distinguir, por tanto, dos significados del concepto de rehabilitación, el clínico y el personal (o de usuarios), que pueden estar en tensión, e incluso con distintas posiciones en el último, que varían entre una actitud contra el sistema o la proposición de una alianza con profesionales. Sin embargo, como veremos, podemos entrever la posibilidad de una síntesis de ambos conceptos en el campo de la rehabilitación psicosocial. (Anthony, 1993; Roberts y Wolfson, 2006).

3.1. Definición del modelo personal de recuperación

Tal vez la definición de recuperación más extendida e influyente es la de Anthony, que representa la visión del Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Boston. Él considera la recuperación como «un proceso profundamente personal y único de cambio de actitudes, sentimientos, objetivos, habilidades y papeles. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, esperanzada y útil incluso con las limitaciones debidas a la enfermedad. La recuperación implica el desarrollo de nuevos significados y metas vitales al crecer más allá de los catastróficos efectos de la enfermedad mental» (Anthony, 1993).

Como podemos ver, esta definición enfatiza un modelo de recuperación diferente al clínico, con las siguientes implicaciones:

- La recuperación no requiere curación, y puede suceder en presencia de síntomas mentales o discapacidad. No es una vuelta al estado previo. Se acepta que la enfermedad ha cambiado irreversiblemente la vida no sólo por los síntomas y la discapacidad, sino también por las experiencias de discriminación y estigmatización.
- La recuperación es un proceso subjetivo, que depende de la persona y de su

propio sentido de identidad y autosuficiencia. No es medible con variables clínicas. Se trata de una superación de la enfermedad, por medio de la aceptación de la enfermedad, un sentido de esperanza en el futuro y el hallazgo de un renovado sentido de sí mismo.

- La recuperación es un sentimiento de bienestar psicológico y social independiente de la discapacidad.
- La recuperación no es una meta, sino un proceso que ocurre a lo largo del tiempo, de manera no lineal, y que puede tener marchas atrás y adelante.
- Cualquier persona es capaz de recuperación, aunque quizás en diferentes grados. No significa que no se necesite ayuda, continuada o variable, como en otros tipos de discapacidad.

Como vemos, a diferencia del concepto clínico de recuperación, el concepto de recuperación personal recoge bien las características subjetivas de la experiencia de una persona que sufre una enfermedad mental. Sin embargo, es una definición difícil de operativizar, y sus consecuencias prácticas no son inmediatamente intuitivas. Antes de intentar desentrañar la posible influencia del concepto de recuperación en los servicios de tratamiento y rehabilitación, intentaremos delimitar más el concepto describiendo las fases y características de la experiencia de recuperación, así como sus aspectos clave para conseguirla.

3.2. Fases y características de la experiencia de la recuperación personal

Las dos maneras principales de explorar aspectos comunes y operativos de la experiencia de la recuperación son por un lado, el estudio de testimonios personales de pacientes (Perkins, 2006; Deegan,

1988), y por otro, estudios cualitativos llevados a cabo por profesionales con personas con enfermedad mental (Davidson, 2003). Dichos estudios arrojan descripciones de «estar en recuperación» que representan un viaje personal e impredecible. Sin embargo, aunque nombradas de diferente forma, hay cierta coincidencia en delimitar distintas fases o etapas, con respectivas metas a alcanzar en cada una de ellas, teniendo en cuenta que algunas personas no progresan más allá de un nivel, u otras pueden circular por las etapas en distintos sentidos (Schrank & Slade, 2007). El *National Institute for Mental Health* (2004) inglés, delimita 4 fases teóricamente consecutivas:

- a) **Dependencia sin consciencia:** en esta fase, se describe el comienzo de la enfermedad como un trauma, con su correspondiente duelo, y el paso de la negación a la desesperanza. Los síntomas (especialmente las disrupciones cognitivas) y la importante conciencia de pérdida (provocada por el diagnóstico, el posible ingreso involuntario, la pérdida de capacidades, las bajas expectativas de profesionales y los efectos secundarios) llevan al duelo, característicamente con reacciones de negación (que puede ser defensiva) y, si aumenta el aislamiento (generalmente por un rechazo de las relaciones debido a la aceptación de pensamientos idiosincráticos) puede llevar a un estado de indefensión aprendida y de depresión.
- b) **Dependencia consciente:** previamente a la transición entre la anterior fase y ésta, se describe un punto de inflexión en la evolución, un comienzo de esperanza que suele estar relacionado con una experiencia significativa con otras personas, la mayoría de las veces no profesionales, y que muchas veces son otros pacientes en etapas más avanzadas de recuperación.

En la fase en sí, aumenta la conciencia de la propia condición y de las propias fortalezas y debilidades, del sentimiento de pertenencia y esperanza, y el contacto con otros se intensifica. Comienza la implicación en actividades con sentido, y en entornos naturales, con el inicio de pequeñas experiencias gratificantes.

c) **Independencia consciente:** en esta etapa, se produce una más clara aceptación de las propias limitaciones, pasando de un tono angustioso a un «sufrimiento sereno». Una característica de la fase es el aumento de la *resiliencia* y del control, con el inicio de la capacidad para tomar la responsabilidad sobre la enfermedad, planear ob-

TABLA II
**Características y asunciones del modelo de recuperación de usuarios.
Modelo del Center for Psychiatric Rehabilitation de Boston
(tomado de Anthony, 1993)**

Factores	Razones
1. La recuperación puede ocurrir sin intervención profesional.	Los profesionales no guardan la llave de la recuperación, mientras que los usuarios sí. La tarea de los profesionales debe ser la de facilitar la recuperación, y la de los usuarios debe ser recuperarse. La recuperación puede facilitarse por el sistema de apoyo natural del usuario.
2. Un común denominador de la recuperación es la presencia de personas que creen y apoyan a la persona en recuperación.	En el concepto de recuperación parece crítica la noción de que haya una persona o personas en quien se pueda confiar y que «estén ahí» si hay necesidad.
3. La recuperación no depende del modelo teórico que uno tenga de la enfermedad.	La recuperación se puede desarrollar tenga una visión biológica o no de la enfermedad. El elemento clave es la comprensión de que hay esperanza en el futuro, más que la comprensión de la causa en el pasado.
4. La recuperación puede ocurrir incluso a pesar de la recurrencia de los síntomas.	La naturaleza episódica de la enfermedad mental no impide la recuperación. Mientras uno avanza en la recuperación, los síntomas interfieren en el funcionamiento más breve y levemente. La mayoría de la vida suele estar libre de síntomas.
5. La recuperación es un proceso único.	No hay una vía, ni una evolución para la recuperación. Es un proceso altamente personal.
6. La recuperación demanda que la persona tenga alternativas.	La noción de que uno tiene opciones que elegir es frecuentemente más importante que las alternativas particulares que uno elija.
7. La recuperación de las consecuencias de la enfermedad es a veces más difícil que la de la enfermedad en sí.	Las consecuencias incluyen discriminación, pobreza, segregación, estigma y efectos iatrogénicos del tratamiento.

jetivos personales, probar cosas nuevas y riesgos (en esta etapa, a veces, se presentan pequeños conflictos con los tratantes en torno a la autonomía).

- d) **Interdependencia consciente:** esta fase es descrita como la más avanzada y como el objetivo de la recuperación, su teórico estado final. Es descrita como un estado de bienestar psicológico, definido como la posesión de vida plena y con sentido y con relaciones positivas. En esta etapa se suele conseguir el control sobre la enfermedad (no necesariamente sobre los síntomas) a veces por medio de dar sentido a las experiencias psicóticas o por medio de la espiritualidad.

Resumiendo, de acuerdo con la definición y las fases de la recuperación, podemos señalar sus *características*. Podemos resumir que la recuperación:

- Puede suceder sin intervención profesional, y más bien lo que necesita es gente que crea y apoye a la persona.
- No implica ninguna teoría sobre las causas de la enfermedad y puede ocurrir incluso a pesar de la recurrencia de los síntomas y que haya discapacidad, pues se centra en el bienestar, no en la enfermedad.
- Es un proceso único y personal, que no es lineal y que sucede en pequeños pasos, y que demanda que la persona afectada tenga alternativas para elegir.
- Y por último, señala que la recuperación de las consecuencias de la enfermedad, como el estigma asociado, puede ser más difícil que la enfermedad misma (Anthony, 1993) (tabla II).

3.3. Componentes clave de la recuperación

También por medio de narrativas individuales y estudios cualitativos, se han identificado algunos componentes clave

que se consideran necesarios para una experiencia de recuperación, y que pueden ser relevantes para que los servicios de salud mental los potencien (Perkins, 2006; Deegan, 1988; Davidson, 2003; Schrank & Slade, 2007). Los más importantes serían los siguientes:

- a) **Renovar la esperanza:** la creencia del individuo y de su entorno (incluido el profesional) en la posibilidad de recuperación o cambio es tal vez el elemento que se repite como más importante, especialmente cuando se expresa en forma de optimismo, deseo y compromiso de mejorar.
- b) **Redefinir la identidad:** la esquizofrenia ha sido descrita como un trastorno del yo o de la identidad. La redefinición de la identidad implica entender que la enfermedad es sólo una parte de uno, muchas veces gracias al desarrollo de un marco explicativo que sirva para entender la experiencia.
- c) **Aceptar la enfermedad:** como elemento clave, no se trata de aceptar un modelo determinado (p. ej. biológico) de enfermedad ni de asumir el rol de enfermo, sino aceptarse a sí mismo con enfermedad: «cuando aceptamos lo que no podemos ser o hacer, empezamos a descubrir lo que podemos ser o hacer» (Deegan, 1988).
- d) **Superar el estigma:** el estigma es una de las mayores barreras a la recuperación, pues ejerce una enorme presión sobre la identidad, por lo que superar las consecuencias sociales de ser un paciente se considera vital. Se trata de un proceso activo relacionado con la redefinición del yo y la toma de control.
- e) **Retomar el control y la responsabilidad:** tomar el control sobre la propia vida comienza por tener oportunidades y opciones para elegir, tanto en aspectos del tratamiento como de sus

vidas, más allá de la docilidad impuesta muchas veces por los servicios de salud mental.

- f) **Reforzar el «empoderamiento», por medio de la ciudadanía e inclusión:** implica tener los mismos derechos y responsabilidades que cualquier persona y participar como miembro de la sociedad, eliminando las barreras y proporcionando los apoyos para el acceso a vivienda, trabajo, etc.
- g) **Promover relaciones de apoyo:** la recuperación es un proceso social, no sólo individual. La mayoría de testimonios individuales describen como muy importante el tener a alguien que les crea y apoye, incluso cuando ellos no lo hacen, y enfatizan especialmente la importancia de tener como modelo a otra persona en una fase más avanzada de recuperación, lo que ha impulsado la inclusión de ex-usuarios en equipos tratantes, algo que se lleva tiempo utilizando en el sector de adicciones.
- h) **Dotar de propósito, por medio de actividades y roles significativos:** en muchos casos los servicios de salud mental promueven actividades por el mero hecho de serlas. Para los individuos, lo importante no son qué actividades o roles se persigan sino si son personalmente significativos o gratificantes, y especialmente si contribuyen a la sociedad, como el trabajo y la educación.
- i) **Manejar los síntomas:** aunque la desaparición de síntomas no se considera necesaria, su manejo en algún grado es esencial. Puede haber períodos en los que los síntomas pueden estar más o menos bajo control, pero globalmente esto implica pasar de recibir tratamiento pasivamente a usar los tratamientos y servicios y participar en la adquisición de información y en la elección de tratamiento.

3.4. Hacia una evaluación de la recuperación personal

Como podemos sospechar de lo anterior, a diferencia de la recuperación clínica, una evaluación operativizada y empíricamente validada de la medida de la recuperación personal se antoja un reto difícil. Las narrativas de recuperación ofrecen relatos subjetivos de recuperación, en el que abundan, por ejemplo, descripciones de alivio de la alienación, validaciones de experiencias inusuales o un contexto social en que se puedan intercambiar estrategias de afrontamiento. Los metaanálisis de estudios controlados, aunque necesarios, ofrecen pocas guías en materias como estas. Por tanto, la investigación sobre la evaluación de la recuperación personal está en su infancia, aunque parece claro que es necesaria, por un lado, la colaboración entre usuarios y profesionales, y por otro la integración entre métodos científicos y narrativas subjetivas, por lo que el método científico cualitativo se está revelando como el más útil, con el objetivo de «hacer medible lo importante, no hacer importante lo medible» (Roberts y Wolfson, 2006).

En este contexto, la investigación se está centrando en el desarrollo de herramientas que sean instrumentos simples pero válidos como medidas, tanto del nivel de progreso individual en el proceso de recuperación, como del nivel de facilitación del proceso que pueda proveer un servicio. Ejemplos de instrumentos para los objetivos respectivos son el *Ohio Consumer Assesment* y el *Developing Recovery Enhancing Environments Measure*, recomendados por el grupo de trabajo compuesto por usuarios «expertos por la experiencia», del National Institute of Mental Health in England (citados en Roberts y Wolfson, 2006).

4. RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN

Aunque son dos conceptos relacionados, es importante distinguir entre rehabilitación y recuperación. La rehabilitación comprende los servicios y tecnologías que se ofrecen a la gente con discapacidad para que aprendan a adaptarse al mundo (lo que hacen los profesionales y programas). El término recuperación, en cambio, describe la experiencia vivida por la gente al aceptar y sobreponerse al reto de la discapacidad (lo que hace el individuo).

Por medio del proceso de recuperación la gente con discapacidades se vuelve activa y participa en su propio proceso de rehabilitación. Por otro lado, sobre la recuperación, el tratamiento y rehabilitación pueden: bien posibilitarla (casi siempre) o bien dificultarla (y producir los llamados por ellos mismos como «supervivientes») por medio, p. ej., de mensajes pesimistas, efectos secundarios graves y promoción de pasividad (Deegan, 1988).

4.1. Hacia una rehabilitación orientada a la recuperación: cambio de prácticas en los profesionales

De acuerdo con lo anterior, podemos pensar en cambios y mejoras de nuestra provisión de servicios de rehabilitación que reflejen este paradigma, y que permitan, además de una rehabilitación, una facilitación del camino individual de la recuperación. En otras palabras, es conveniente preguntarnos: ¿Qué consecuencias prácticas puede tener todo esto? (Anthony, 1993, 2000; Roberts y Wolfson, 2006; Schrank & Slade, 2007). Puede ser útil identificar en primer lugar si algunas actitudes o prácticas de los profesionales actuales pueden dificultar el proceso de recuperación personal de los pacientes, y por tanto, su cambio puede facilitararlo.

- a) **Enfoque en el usuario y sus necesidades:** implica cambiar el foco de interés de los síntomas e incapacidades: el objetivo es permitir a la persona con enfermedad mental funcionar en su contexto social individual, independientemente de sus síntomas, y ayudarle a vivir una vida plena y con sentido, basándose en lo que las personas consideren como útil, especialmente con ayuda en lo que más valoramos: residencia, dinero, relaciones significativas, trabajo y actividades con sentido.
- b) **Cambio en el rol profesional, de autoridad a ayudador:** esto implica un funcionamiento de los profesionales más parecido a un preparador personal, ofreciendo sus habilidades y conocimientos pero también un compromiso, y respetando los valores y conocimientos del paciente, experto por experiencia.
- c) **Promover una atmósfera de esperanza y optimismo:** este ingrediente es reconocido como el primer principio del tratamiento en la guía NICE sobre esquizofrenia (NICE, 2009), lo que tiene implicaciones, por ejemplo, en la selección y formación del personal tratante en el Reino Unido. Capacidades requeridas son, por ejemplo, valorar a la gente como seres humanos, creer en sus habilidades y potencialidades, atender sus prioridades, aceptar fallos y retrocesos, luchar contra la desmoralización y aprender de la experiencia.
- d) **Dar explicaciones a tiempo:** aunque existe una creciente tendencia de los profesionales a dar información sobre diagnósticos y educación sobre la enfermedad, los testimonios de pacientes y de algunos profesionales aconsejan acompañar las explicaciones sobre la enfermedad y los síntomas a la preparación para recibirlas, puesto que la negación de la enfermedad puede te-

ner una función protectora al inicio, por lo que a veces puede ser más conveniente aceptar los significados propios de los síntomas antes que confrontarlos (McGorry, 1992).

- e) **Medicación, de conformidad a negociación:** muchos pacientes plantean problemas con el hecho de tomar la medicación, por sus efectos secundarios, estigma asociado, o la atmósfera de instigación que rodea el hecho. Si las decisiones acerca de la medicación se toman por medio de negociación, minimizando efectos secundarios, ofreciendo alternativas, explicando riesgos, usando las dosis mínimas efectivas, a veces con riesgos controlados, los pacientes estarán más preparados para valorar la medicación como una herramienta de recuperación.
- f) **Riesgo, de evitar a compartir:** Deegan (1988) hace una llamada a que «los profesionales acepten el concepto de la dignidad del riesgo, y el derecho a fallar mientras sea en búsqueda de nuestro apoyo». Sin embargo, esta sincera declaración de inevitabilidad del riesgo debe balancearse con el clima social de evitación del mismo. Esto implica, entre otras cosas, un entrenamiento de los profesionales en evaluación de riesgos, y sobre todo, un enfoque en el trabajo en equipo.

Un ejemplo de las tensiones asociadas a la aplicación del modelo de recuperación es ilustrado por los riesgos asociados a suspender la medicación a un paciente. Actualmente, sabemos que un número pequeño de personas con esquizofrenia pueden mantenerse asintomáticos, aunque no existe medio de reconocer este subgrupo, por lo que la suspensión de la medicación no es algo aconsejable de entrada. Sin embargo, si una persona estuviera decidida a dejarla tras la información, una actitud responsable

podría ser la negociación de una reducción progresiva, a la vez que se mantiene la relación terapéutica (Roberts y Wolfson, 2006).

4.2. Hacia una rehabilitación orientada a la recuperación: cambios en la planificación y la provisión de los servicios

Desde los años 90 del pasado siglo en los países anglosajones, cada vez más países y regiones han adoptado la visión de la recuperación como el principio rector de los planes de salud mental. En este sentido, un modelo influyente que ha servido de guía es el del Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Boston, que ha identificado los servicios críticos necesarios que debe proveer y los objetivos que debe tener cualquier sistema de salud mental orientado a la recuperación (Anthony et al, 2002) (tabla III).

Sin embargo, a la hora de redefinir de manera concreta un cambio en la provisión de servicios y en la planificación, el desarrollo está en sus comienzos, y muchos de los planes se limitan simplemente a modelos teóricos o al mero enunciado del término recuperación. De manera general, Anthony (1993; 2000) ha señalado que el desarrollo de servicios efectivos debiera estar basado en lo que las personas en recuperación consideran que es útil, incluso cuando difiera algo de la práctica estándar. Otros autores recuerdan, a modo de guía para el cambio de servicios, que un origen importante del concepto de recuperación viene del «movimiento por la vida independiente» liderado por personas con discapacidades físicas, enfocado más en la promoción de sus derechos civiles (principalmente los derechos a la autodeterminación y la inclusión social), que en su estado clínico o funcional. Los cambios sociales y culturales que trajo este movimiento hacen

TABLA III
Servicios esenciales en un Sistema Orientado a la Recuperación
(tomado de Anthony, 2000)

Tipo de servicio	Descripción	Objetivo en el usuario
1. Tratamiento	Aliviar síntomas y malestar	Alivio de síntomas
2. Intervención en crisis	Control y resolución de problemas críticos o peligrosos	Aseguramiento de seguridad personal
3. Gestión de casos	Obtención de los servicios que el usuario quiere y necesita	Acceso a servicios
4. Rehabilitación	Desarrollo de habilidades y apoyos del usuario relacionados con sus objetivos	Funcionamiento social
5. Enriquecimiento	Implicación de los usuarios en actividades satisfactorias y relevantes	Auto-desarrollo
6. Protección de derechos	Defensa de los propios derechos	Igualdad de oportunidades
7. Soporte básico	Provisión del personal, sitios y cosas básicas para supervivencia (alojamiento, comida, cuidado de salud, etc.)	Supervivencia personal
8. Auto-ayuda	Ejercicio de hablar y decidir en la propia vida	Empoderamiento
9. Bienestar/prevenición	Promoción de estilos de vida saludables	Mejora de nivel de salud

que, por ejemplo, hoy no veamos extraño que una comunidad de vecinos tenga la obligación legal de poner una rampa o ascensor en la escalera si uno de los vecinos usa una silla de ruedas (Davidson et al, 2006).

- a) ***Diseño y evaluación de los servicios basados en los usuarios:*** normalmente, los sistemas de salud mental descritos están basados, bien en el lugar físico (hospital, centro ambulatorio) o bien en el programa (definido éste por criterios administrativos o de estándares, como programa de hospital de día). Sin embargo, más relevante para el usuario es la descripción por servicios que se le ofrecen, definidos por procesos y objetivos (servi-

cios de intervención en crisis) o bien que los programas identifiquen estos servicios. Así, un programa de Tratamiento Asertivo Comunitario debería indicar, por ejemplo, que ofrece los servicios de tratamiento, rehabilitación, intervención en crisis y gestión de casos. Los servicios, además, deben identificar objetivos asociados cuya medida sea relevante para el usuario. Por ejemplo, el ofrecimiento de un servicio de rehabilitación, no importa cual sea el programa de rehabilitación (club social), ni el lugar (centro de rehabilitación psicosocial o centro de salud mental) debe implicar qué ofrece a sus usuarios como objetivo una mejoría en sus roles sociales (Anthony, 2000) (tabla III).

- b) **Acceso a intervenciones basadas en la evidencia de efectividad:** al enfocarse en las necesidades de aquellas personas con mayor discapacidad psiquiátrica, o más retrasadas en el proceso de recuperación, se hace evidente la necesidad de proveer acceso a intervenciones basadas en evidencias, puesto que muchos pacientes no tienen elección entre distintos tratamientos efectivos, especialmente debido a la primacía de tratamientos farmacológicos, incluso cuando otras tecnologías han demostrado efectividades comparables. Esto implica la necesidad del uso de guías clínicas (p. ej., NICE) que en el caso de la esquizofrenia recomiendan, entre otros tratamientos, una dosis óptima de antipsicóticos, psicoeducación personal y familiar, terapia cognitivo-conductual, tratamiento asertivo comunitario, etc.
- c) **Promoción del auto-cuidado y de la autogestión:** hay cada vez más reconocimiento del valor de las estrategias de autogestión para ayudar a los individuos con enfermedad mental grave a tener control sobre sus vidas. Una de las más populares es el uso de «herramientas de bienestar personal», como el *Wellness Recovery Action Plan*, WRAP (Copeland, 2002), en el que el paciente identifica apoyos, conductas y pensamientos que, en su propia experiencia, estén asociados con su bienestar y reduzcan síntomas, para incorporarlos en el plan de cuidados.
- d) **Redefinición del uso de la hospitalización como «red de seguridad elástica»:** las personas con enfermedades mentales suelen preferir un acceso rápido al hospital en las crisis, con vuelta cuando se han resuelto los problemas, o bien manejo de las crisis en el propio entorno o entornos lo más parecidos al hogar (Roberts y Wolfson, 2006).
- e) **Participación de los usuarios:** en diversos sistemas de salud, como el NHS inglés hay una tendencia creciente a considerar a los pacientes «expertos por propia experiencia» (Department of Health, 2001), a varios niveles, tanto en lo referente en su participación en la elección de los programas, en el diseño de los servicios, trabajando como «agentes de recuperación», integrados dentro de los equipos multidisciplinares, o bien liderando programas de autoayuda conducidos por usuarios, promoviendo la experiencia de estas personas como «modelo de recuperación» a seguir.
- f) **Promoción y alianza del asociacionismo:** en relación con el anterior punto, las asociaciones cumplen un papel esencial en prestación de información, apoyo mutuo y defensa de los derechos. Aunque el asociacionismo de familiares está más establecido y seguirá cumpliendo un papel importante, sobre todo con aquellas personas en menor nivel de recuperación, las asociaciones de usuarios están teniendo un papel cada vez más importante, y pueden ser más efectivas en ofrecer apoyo en la recuperación de individuos.
- g) **Accesibilidad y flexibilidad de los servicios:** en muchas ocasiones, los servicios y programas de rehabilitación tienen determinados criterios de acceso (horarios, contraindicaciones, etc.), son lineales o rígidos (p. ej., se espera que haya una abstinencia de drogas antes de empezar, y si se produce una recaída se excluye). El acceso debe tener en cuenta a los usuarios (p. ej., con horarios flexibles o facilidad para el transporte). Los servicios lineales o rígidos dejan gente fuera, generalmente la más vulnerable, por lo que es aconsejable que exista más flexibilidad o programas de baja exigencia para ellos

(p. ej., con relativa tolerancia al uso de drogas) (Deegan, 1988).

- h) **Uso de un lenguaje común:** el lenguaje profesional a veces se hace sofisticado si sirve para describir hechos complejos, aunque si es muy lejano al lenguaje común de los pacientes, puede alienarlos como participantes en su proceso de tratamiento. La guía NICE inglesa sobre tratamiento de esquizofrenia (NICE 2009) recomienda que todos los profesionales de salud mental empleen un lenguaje accesible como condición para un consentimiento informado, y que los informes para los pacientes también sean no sólo comprensibles, sino que intenten estar escritos de manera que alienten más la recuperación que la cronicidad. Además, recomiendan a los profesionales que promuevan que los pacientes también escriban sus notas evolutivas (p. ej., de una hospitalización) y las integren en la historia clínica junto a las de los profesionales.
- i) **Uso de objetivos y entornos naturales y relevantes:** todavía existe una inercia en los servicios de salud mental o de rehabilitación a usar su propio entorno como instrumento de rehabilitación, con problemas no sólo de generalización, sino de no ser considerados relevantes personalmente por los pacientes. Actualmente está claro que tanto la rehabilitación como la recuperación tienen lugar más fácilmente en entornos naturales, y con objetivos significativos. El trabajo y empleo tienen un papel tan crítico en la recuperación que el desarrollo de políticas de rehabilitación laboral es tal vez el mayor factor de cambio, así como la necesidad de pasar del paradigma del entrenamiento prelaboral al de empleo con apoyo.
- j) **Lucha contra el estigma:** en el modelo de recuperación personal, un punto

importante es que, con frecuencia, la lucha individual contra las consecuencias del enfermar es más difícil que contra la enfermedad misma. Uno de estos factores a superar es el estigma contra la enfermedad mental, que se compone de factores subjetivos (prejuicios), pero tiene consecuencias objetivas individuales (actitudes) y sociales (discriminación). Los profesionales de salud mental no somos inmunes frente al estigma (Schulze, 2007). La adopción del modelo de recuperación, con su énfasis en la individualidad y los derechos de ciudadanía, puede suponer una suerte de vacuna frente al estigma.

5. MIEDOS Y ESPERANZAS EN LA INCORPORACIÓN A LA RECUPERACIÓN

Como todo movimiento orientado hacia el cambio, existen representantes en ambos extremos con posturas ingenuas u hostiles. La creciente influencia sobre profesionales, académicos, gestores y políticos de una filosofía que empezó como un movimiento de usuarios, provoca comprensibles miedos e inseguridades, sobre todo entre profesionales, hacia una especie de toma del poder.

Diversos autores han señalado varias preocupaciones frecuentes entre los profesionales, de las que recogeremos las más importantes, así como sus correspondientes matizaciones (Davis et al, 2005; Roberts y Wolfson, 2006).

- a) «*Es un cambio de nombre a otro políticamente correcto.*» Lo que empezó como un movimiento de usuarios ha sido adoptado de manera clara por las directrices políticas, que lo utilizan con profusión, a veces de manera vacía, lo que puede despertar sospechas sobre si simplemente sería un lavado

de cara. Sin embargo, también puede pensarse que, a semejanza del campo de las discapacidades físicas, la consideración por los políticos de la visión de los usuarios como ciudadanos podría provocar que sean más incluidos en su agenda de decisiones, y esto pudiera mejorar el crónico déficit en financiación de la salud mental.

- b) «*Es un reto a la autoridad de los profesionales.*» La tendencia general en todas las profesiones que implican ayuda y contacto directo con clientes o usuarios (p. ej., en educación) es a que la relación entre el experto y el receptor de la atención está cambiando hacia una más igualitaria, que tiene en cuenta los intereses de éstos como clientes expertos, lo que está provocando readaptaciones de los profesionales, a veces no exentos de tensiones iniciales, pero que inevitablemente requerirán, en términos empresariales, mayor formación, control de la calidad y orientación al cliente.
- c) «*Hacen falta más recursos.*» Dado que la traslación del concepto a los servicios está en sus inicios, todavía no queda claro qué supondría en términos de costes. Lo que está claro es que no significaría el doblar los recursos añadiendo otros «orientados a la recuperación», sino una reorientación de los que ya hay. Sin embargo, sí parece claro que harían falta inversiones para conseguir una mayor diversidad de recursos que permitan utilizar servicios efectivos comprobados por la investigación empírica, que promuevan la elección del usuario, que sean más flexibles, y que tengan más personal y más formado y con más tiempo de contacto con el paciente.
- d) «*Aumenta los riesgos de los profesionales.*» Como hemos comentado arriba, puede haber una cierta tensión entre una filosofía basada en la auto-

nomía y la autodeterminación de personas con enfermedades mentales graves y los tiempos actuales de aver- sión al riesgo y judicialización de los conflictos. Esto puede suponer un aumento del riesgo de los profesionales ante la toma de decisiones. Ante esto, las herramientas más efectivas son la formación en aspectos éticos y legales, el uso de herramientas de evaluación sistemática de riesgos, el trabajo en equipo, la protocolización de medidas restrictivas y, tal vez, el uso de «testamentos vitales psiquiátricos» (Davis et al, 2005). A la hora de abordar una crisis que suponga riesgos serios de seguridad y que comporte una incapacidad temporal, sería igualmente necesario el suspender temporalmente la capacidad de decisión, teniendo en cuenta el objetivo de esto: una crisis interrumpe el proceso de recuperación y su tratamiento lo promueve. Por otro lado, fuera de estos períodos, cuando no existen riesgos serios e inminentes, la orientación a la recuperación no sólo enfatiza los derechos sino también las responsabilidades de las personas, por lo que debería permitírsele elegir, y por ende, la posibilidad de errar. Por tanto, aunque una orientación a la recuperación pueda aumentar el riesgo, lo que debería aumentar es el número de oportunidades de la persona para arriesgarse, no la exposición al riesgo de los tratantes o de la comunidad.

- e) «*Crea falsas expectativas.*» Muchos profesionales mantienen un cierto escepticismo acerca del concepto de recuperación, preocupados con que pueda arrojar una falsa esperanza que provoque expectativas no realistas en pacientes y familiares. Esto puede estar alimentado por ciertas definiciones ingenuas de recuperación que no tienen en cuenta lo que la enfermedad mental grave puede devastar a algunas

personas. Hay que recordar que la recuperación no implica una expectativa de transformación mágica, sino un proceso abierto y precavidamente optimista de encontrar una vía esperanzadora y personal a lo largo de lo que todavía es una enfermedad.

6. CONCLUSIONES

Hace más de 30 años, Anthony inauguró el nacimiento del movimiento de la rehabilitación psicosocial diciendo que «la rehabilitación es una tecnología a la búsqueda de una filosofía» (Anthony, 1979). Durante este tiempo, la rehabilitación ha conseguido un arsenal de tecnologías efectivas y un cuerpo de pensamiento sólido y aceptado por todos.

En estos momentos podemos parafrasear lo anterior diciendo que «la recuperación es un movimiento, filosofía, orientación o paradigma, a la búsqueda de una tecnología». Todavía no sabemos cuál será su influencia real o cómo será su aplicación práctica. No conocemos todavía los mecanismos de la recuperación, qué la impide o promueve, ni la relación entre los dos tipos de recuperación, clínica y personal. Hay menos certeza todavía sobre por qué unas personas entran en un proceso de recuperación y otras no. Sin embargo, sí sabemos que la recuperación es una filosofía que se sobrepone a la rehabilitación, no la contradice, y que un énfasis global en la recuperación ofrece una filosofía humanista e inclusiva que puede dar dirección y ambición a profesionales, pacientes, familiares y gestores en trabajar juntos por mejorar la vida de aquellos que sufren problemas mentales serios.

Para finalizar con una nota de optimismo humano, quiero recordar a John Forbesh Nash, nacido en 1928, Premio Nobel de Economía en 1994, y que había co-

menzado a sufrir esquizofrenia desde los años 50, con gran deterioro funcional y familiar, pero que posteriormente pudo volver a su puesto de profesor de Matemáticas en la Universidad de Princeton, con una frase que resalta el valor de integrar la experiencia de enfermar en la vida de uno como elemento de crecimiento personal:

«...Ahora parece que he vuelto a pensar racionalmente de nuevo, en el estilo característico de los científicos. Sin embargo eso no es algo de lo que haya que alegrarse como si alguien con alguna limitación física hubiera recuperado su buena salud. Un aspecto de esto es que la racionalidad del pensamiento impone un límite al concepto que tiene una persona de su relación con el cosmos...» (Nash, 1995.)

BIBLIGRAFÍA

Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993;16:11-23.

Anthony WA. A recovery-oriented service system: setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2000;23(4):159-168.

Anthony WA, et al. *Psychiatric Rehabilitation*. (2nd ed) Boston University, 2002.

Bellack, AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts and implications. *Schizophrenia Bulletin* 2006;32,3:432-442.

Berrios GE, Porter R. *A History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of Psychiatric Diseases*. Athlone, 1996.

Bleuler M. *The schizophrenic disorders: long-term patient and family studies*. New Haven, Yale University Press, 1972.

- Ciampi L, Muller C. *Lebensweg und alter der schizophrener: eine katamnestiche longzeitstudie bis ins senium*. Berlin, Springer, 1976.
- Copeland ME. Overview of WRAP: the Wellness Recovery Action Plan. *Mental Health Recovery Newsletter* 2002;3:1-9.
- Davidson et al. The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services* 2006;57(5):640-5.
- Davidson L. *Living outside mental illness. Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York University Press, 2003.
- Deegan PE. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1988;11,4:11-19.
- Department of Health. *The expert patient: a new approach for the chronic disease management for the XXI century*. London, Department of Health, 2001.
- Desisto MJ et al. The Vermont-Maine three decades studies of serious mental illness: longitudinal course comparisons. *British Journal Psychiatry* 1995;167:338-342.
- Fisher DB. We've been misled by the drug industry. *Washington Post*, 19 august, 2001; p B03.
- Harding CM. Changes in schizophrenia across time: paradoxes, patterns and predictors. En: Davidson L, Harding CM and Spaniol L (eds): *Recovery from severe mental illness: research evidence and implications for practice*. Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation, 2005: 27-48.
- Harding CM et al. The Vermont longitudinal study II: longterm outcome of subjects who retrospectively met DSM-III diagnosis of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1987;144:727-735.
- Harding CM, Keller AB. Long-term outcome of social functioning. En: Kim T Mueser, Nicholas Tarrier (eds): *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia*. Allyn & Bacon; 1998: 134-148.
- Harrison G et al. Recovery from psychotic illness: a 15 and 25 year international follow up study. *British Journal Psychiatry* 2001;178:506-17.
- Huber G, Gross G. A long-term follow up study of schizophrenia: psychiatric course of illness and prognosis. *Acta psych scand* 1975;52:49-57.
- Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, Wateraux C, Oepe G. One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1409-1416.
- Kraepelin E. *Dementia Praecox*. En: Cutting J, Shepherd M (eds) (1896). *The clinical roots of the schizophrenia concept*, CUP, Cambridge, 1987.
- Liberman RP et al. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2002;14:256-72.
- Liberman RP et al. Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric Services* 2005;56,6:735-742.
- López M et al. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2008;28,1:48-83.
- McGorry PD. The concept of recovery and secondary prevention in psychotic disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1992;26:3-17.
- Nash JF. *Autobiography From Les Prix Nobel* (1995). *The Nobel Prizes 1994*. Editor Tore Frängsmyr, [Nobel Foundation]. Stockholm, 1952.
- National Institute for Mental Health. *Emerging best practice in mental health recovery*. NIMHIE, 2004.

NICE. Core Interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. London, NICE (<http://guidance.nice.org.uk/CG82/Guidance/pdf/English>), 2009.

Ogawa K et al. A long term follow up study of schizophrenia in Japan, with special reference to social adjustment. *British Journal Psychiatry* 1987;151:758-65.

Perkins P. First person: «you need hope to cope». En: G. Roberts et al (eds): *Enabling Recovery: The Principles and Practice of Rehabilitation Psychiatry* Gaskell; 2006: 112-124.

Roberts G, Wolfson P. New directions in rehabilitation: learning from the recovery

movement. En: G. Roberts et al (eds): *Enabling Recovery: The Principles and Practice of Rehabilitation Psychiatry*. Gaskell; 2006: 18-37.

Schrank B, Slade M. Recovery in Psychiatry. *Psychiatric Bulletin* 2007;31: 321-25.

Schulze B. Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship *International Review of Psychiatry* 2007;19,2:137-155.

Tsuang MT et al. Long term outcome of major psychoses. Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically free surgical conditions. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:1295-1301.

INTERVENCIÓN CENTRADA EN EL RECONOCIMIENTO DE PRÓDROMOS: PROBLEMÁTICA OBSERVADA DESDE UN CRPS

CARLOS REBOLLEDA GIL

Psicólogo. Centro de rehabilitación psicosocial de Aranjuez, Hermanas Hospitalarias. Madrid.

Recepción: 13-07-10 / Aceptación: 20-07-10

RESUMEN

El objetivo del presente artículo es, en un primer lugar, llevar a cabo una revisión acerca de la evolución que han tenido hasta nuestros días tanto los programas de psicoeducación como los métodos de abordaje centrados en el reconocimiento y manejo de pródromos en personas con un diagnóstico de psicosis y trastorno bipolar.

Posteriormente se ponen de manifiesto algunas dificultades encontradas durante la puesta en práctica de un programa psicoeducativo centrado en el reconocimiento y manejo de pródromos en el centro de rehabilitación psicosocial de Aranjuez, así como las estrategias usadas para tratar de solventar éstas.

Por último se detallan y tratan de responder algunas cuestiones que surgen durante la aplicación del programa psicoeducativo y la elaboración de este trabajo.

Palabras clave

CRPS, pródromos, programas psicoeducativos.

ABSTRACT

The aim of the present article is in a first place carry out a review about the evolution that have had until our days so much the psychoeducative programs and the methods of intervention centered in the recognition and handle of prodromes in people with a diagnose of psychosis and bipolar disorder.

Subsequently we put of manifest some difficulties found during the put in practice of a psychoeducative program centered in the recognition and handle of prodromes in the CRPS of Aranjuez and the strategies used to treat to solve these.

Finally we detail and treat to answer

some questions that arise during the application of the psychoeducative program and the elaboration of this work.

Key words

CRPS, prodromes, psychoeducative programs.

1. JUSTIFICACIÓN/ FUNDAMENTACIÓN

La finalidad de este artículo es tratar de poner de manifiesto las dificultades que se observan en usuarios con los que se interviene para que adquieran estrategias destinadas al reconocimiento de pródromos, encontrando que en muchos casos estas dificultades no sólo se basan en la falta de capacidad por parte del usuario para el reconocimiento de estas señales de aviso de crisis, sino que tienen también que ver con dificultades para el reconocimiento de sintomatología propia de la problemática, ejemplos de esto son aquellos que presentan un cierto nivel de sintomatología psicótica positiva en el caso de usuarios diagnosticados de esquizofrenia o los que presentan cierta sintomatología hipomaniaca o maniaca en el caso de usuarios diagnosticados de trastorno bipolar. En estos usuarios, el hecho de no reconocer las señales de aviso de crisis unido al hecho de tener serias dificultades para reconocer la sintomatología propia de su problemática los pone en serio riesgo de sufrir una crisis. Por esto hemos querido ahondar en la fiabilidad de los diferentes programas de psicoeducación que abordan el reconocimiento de pródromos o de sintomatología propia de la problemática en busca de aquellas intervenciones que puedan dar un mejor resultado. Otro objetivo del presente artículo sería tratar de poner de manifiesto aquellas estrategias que pueden ser usa-

das durante el período en el que el usuario esté siendo entrenado para el reconocimiento de este tipo de sintomatología, estrategias que en este caso irían en su mayoría dirigidas al entrenamiento de profesionales y/o familiares para el apoyo al usuario en el reconocimiento y manejo de este tipo de señales.

Hay que señalar que el entrenamiento en el reconocimiento de pródromos o sintomatología psicótica, maniaca o hipomaniaca suele estar incluido en los programas de psicoeducación que habitualmente pueden tener lugar en un centro de rehabilitación psicosocial (CRPS), teniendo en cuenta que con algunos usuarios/familias este mismo tipo de intervención se puede llevar a cabo de forma individual debido a que quizás no se observe beneficioso o conveniente su inclusión en un grupo. Por tanto, sería interesante establecer un marco contextual acerca de cuáles fueron los orígenes de la psicoeducación y el camino que ese tipo de intervenciones han recorrido hasta nuestros días.

El término «psicoeducación» ha sido popularizado por Carol M. Anderson, Douglas J. Reiss y Gerard E. Hogarty, de la Universidad de Pittsburg, para referirse a una serie de principios metodológicos surgidos del trabajo previo de muchos autores y grupos.

El punto de partida del trabajo psicoeducativo lo constituyen en un principio las necesidades de las familias de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. En la década de los sesenta y debido a la masificación del empleo de fármacos antipsicóticos para estos pacientes la ocupación de los hospitales psiquiátricos disminuye de manera drástica modificando en consecuencia la política sanitaria en boga hasta entonces. Las propuestas de asilo permanente van a ser sustituidas de forma paulatina por propuestas de inserción comunitaria y familiar, que para muchas familias de estos pacientes repre-

sentan un problema grave y las hacen requerir de apoyo por parte de los servicios de salud. Los modelos terapéuticos que entonces estaban presentes van resultando poco útiles en esta labor agravando en muchas ocasiones las dificultades de convivencia de paciente y familia ante las implicaciones del proceso de terapia.

Por tanto, la necesidad de trabajar con estos pacientes diagnosticados de esquizofrenia y sus familias en la comunidad, la importancia de simplificar esta aproximación para hacerla accesible a un número importante de profesionales, la inoperancia de los modelos clínicos en boga para ello y la descripción de un patrón familiar susceptible de ser asociado con las recaídas son los precedentes necesarios para que aparezcan programas de entrenamiento a familias de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, a lo que paulatinamente se va a catalogar con el término de «psicoeducación». Este tipo de programas, conocidos en un principio sencillamente como «intervenciones psicosociales» tienen en común cuatro características (L. Dixon, A. Lehman, 1995):

- Reconocen a la esquizofrenia como una enfermedad.
- Reconocen que el ambiente familiar no está implicado en su etiología.
- Las familias son involucradas como agentes terapéuticos.
- Las intervenciones son parte de un paquete de tratamiento que utiliza además el tratamiento farmacológico y el manejo clínico de la rutina.

A partir de 1978 aparecen un gran número de autores, clínicas y grupos que mediante diversos modelos de intervención psicosocial tienen en común la sustitución del abordaje psicoterapéutico clásico de las familias por propuestas educativas buscando documentar la efi-

cacia de sus propuestas. Destacan aquí autores como Goldstein (1978), Hogarty y cols. (1986), Fallon (1985), Tarrier (1988), McFarlane (1995) y Schooler (1995) con series amplias de sujetos y familias estudiados. Todos ellos consiguen documentar un número significativamente menor de recaídas en los pacientes cuyas familias fueron tratadas y sustentar que es factible influir en la evolución de enfermedades mentales mediante el entrenamiento familiar. Es necesario señalar que el propósito general de este tipo de trabajo nada tiene que ver con «curar la esquizofrenia», ni mucho menos volverse una alternativa antagonista con otras como la terapia farmacológica.

Hogarty en 1986 define así el concepto de psicoeducación: «Consiste en una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema».

Esta propuesta parte de la creencia de que los familiares generalmente son los principales cuidadores del paciente y por lo tanto necesitan también recibir atención y apoyo por parte de los servicios de salud mental. No está de más señalar que esta atención debe redundar en primer término en beneficio del paciente y que su objetivo consiste en mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, creando ambientes bajos en estresores y disminuyendo así la probabilidad de recaída y de carga familiar.

De manera más específica, se pretende que la vulnerabilidad del paciente vaya en decremento mejorando su funcionamiento cognitivo y su motivación. Por otra parte se busca que los niveles de ansiedad de los familiares disminuyan a través del apoyo, estructura e información acerca de la enfermedad.

De la definición incluida destacan dos elementos importantes que finalmente

van a convertirse en los componentes del trabajo psicoeducativo, que serían por un lado la información que puede ofrecerse, estos serían los conocimientos de que se dispone acerca de la enfermedad que son ordenados, sistematizados y presentados de una manera clara, ágil y oportuna. Por otro lado el valor funcional que adquieren dichos conocimientos, en tanto que pretenden transformarse en comportamientos encaminados a lograr la adaptación y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

Por tanto, queda claro que la psicoeducación nace como alternativa a varios modelos poco útiles para el abordaje de la integración socio-comunitaria de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, en un período en el que se apuesta en buena medida por la inclusión de este tipo de pacientes en su entorno alejándolos de los hospitales psiquiátricos, yendo a su vez ésta dirigida sobre todo a las familias como principales cuidadores de este tipo de pacientes. Referir que con el paso del tiempo se ha apostado por que este tipo de intervención no fuera únicamente destinada a las familias, sino que además también fuera dirigida a los propios pacientes, así como que no fuese aplicable únicamente a los trastornos psicóticos, sino que pudiera generalizarse a otras patologías como el trastorno bipolar o la depresión.

En estudios más recientes F. Colom, M. Reinares y E. Vieta (2004) en su artículo «Fundamentos de la psicoeducación en los pacientes bipolares» comentan que la psicoeducación forma parte, por derecho y por resultados de la buena práctica terapéutica en los pacientes bipolares (Goodwing y cols., 2003), ya que es un tratamiento que ha demostrado su eficacia profiláctica en la prevención de recaídas y hospitalizaciones en pacientes bipolares eutímicos (Colom y cols., 2003a, 2003b).

Estos mismos autores refieren que psi-

coeducar no es únicamente explicarle al paciente durante la visita psiquiátrica en qué consiste su enfermedad y cuál es su tratamiento, actitud que por otro lado debe formar parte de la buena práctica de cualquier médico. La psicoeducación va más allá de la mera transmisión de información al paciente e incide en cambios cognitivos y conductuales derivados del conocimiento de la enfermedad, al igual que ocurre con otras enfermedades no psiquiátricas que se benefician de tratamientos similares como las enfermedades cardiovasculares (Linden, 2000), la diabetes (Olmsted y cols., 2002) o el asma (Durna y Ozcan, 2003). El tratamiento psicoeducativo tiene por tanto un carácter claramente preventivo y no es, en ningún caso, válido para abordar un episodio agudo.

En este mismo artículo se comenta que al revisar la bibliografía se encuentran varios estudios pioneros en la psicoeducación del paciente bipolar, aunque por desgracia las medidas de eficacia utilizadas en estas publicaciones seminales no suelen ser las más válidas. Distintos estudios (Van Gent y cols., 1988) utilizan como medida la opinión del paciente respecto al propio tratamiento, señalar que evidentemente no se considera la opinión del paciente una buena medida de eficacia, aunque sin duda es un dato interesante con respecto a la fiabilidad de un programa determinado. Otros estudios (Peet y Harvey, 1991) miden los cambios logrados en el conocimiento del paciente acerca de su enfermedad pero no miden su repercusión sobre el curso posterior, con lo que no podemos saber el valor terapéutico real de la intervención. La medida de eficacia terapéutica debe ser (como en el caso de los fármacos) algún parámetro clínico demostrable, que dé una idea exacta sobre la repercusión de determinada información en el curso de determinada enfermedad. En el tratamiento de mantenimiento de los

trastornos bipolares, la mejor medida es el número de recaídas y hospitalizaciones más que otras medidas indirectas o manifestaciones subjetivas del paciente.

F. Colom, M. Reinares y E. Vieta (2004) al comentar cuáles son los objetivos de la psicoeducación refieren que el objetivo general de ésta es reducir el número de recaídas del paciente y facilitarle un mejor manejo de la enfermedad que padece. Para ello se trabaja especialmente en la aceptación del diagnóstico, la detección precoz de nuevos episodios, el manejo de síntomas y el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Como ya se ha mencionado al comienzo de este artículo y una vez definidos los objetivos de la psicoeducación nosotros vamos a centrarnos en mayor medida en la detección precoz de nuevos episodios y el manejo de síntomas, tanto en trastornos bipolares como en trastornos psicóticos. Esto se debe a que esta es el área en la que mayores dificultades nos encontramos en la aplicación del modelo psicoeducativo en nuestro centro, encontrándolo muy útil en cuanto a conocimiento/aceptación de la problemática psiquiátrica, concienciación con respecto a la importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico y posterior cumplimiento del mismo.

2. ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO EN TORNO A LA DETECCIÓN DE PRÓDROMOS Y MANEJO DE SÍNTOMAS

Antes de exponer las dificultades encontradas en nuestro centro acerca de la detección de pródromos y manejo de sintomatología es necesario conocer los resultados que se han obtenido en estudios cuyo objetivo es analizar la fiabilidad con respecto a esta área tanto en pacientes bipolares como en pacientes psicóticos.

En primer lugar definiremos qué es el

pródromo, destacando que Molnar y cols. en 1988 refieren que son los síntomas que aparecen durante el intervalo de tiempo desde que aparecen las primeras señales hasta que los síntomas alcanzan su máxima severidad. Referir que en ocasiones estas primeras señales son bastante inespecíficas y tienen que ver con algunos pequeños cambios en el estado de la persona y en su funcionamiento (p. ej., en sus hábitos diarios o en su ciclo vigilia-sueño), por lo que son difíciles de reconocer si previamente no se han registrado como pródromos.

Con respecto a pacientes bipolares F. Colom, M. Reinares y E. Vieta (2004), comentan que el psicólogo tiene una función clara y definida en el tratamiento de los pacientes bipolares, especialmente cuando se encuentran asintomáticos, siendo el más importante de los objetivos de su intervención la prevención de recaídas. Para lograr una mejor prevención de recaídas es esencial la mejora del cumplimiento terapéutico, pero otro aspecto tanto o más fundamental es enseñar al paciente a detectar precozmente sus recaídas para permitir una pronta intervención. En este apartado existen datos muy sólidos, estudios con una muestra suficiente, tratamientos altamente estructurados y diseños caracterizados por una metodología muy rigurosa. Quizás la mejor investigación sobre entrenamiento en detección de pródromos en trastornos bipolares sea la de Perry y cols. (1999): el tipo de intervención utilizado comprendía un número variable de sesiones (entre 7 y 12) en los que el terapeuta valiéndose de un abordaje claramente psicoeducativo entrenaba al paciente para identificar cuáles eran sus señales de recaída más habituales. Los resultados indican que los pacientes del grupo tratamiento ($n = 34$) tardaban más tiempo en presentar una recaída maníaca y durante el seguimiento presentaban menos recaídas maníacas

que el grupo control ($n = 35$). No parecía haber efecto alguno en la prevención de los episodios depresivos.

Colom y cols. (2003a) en el marco de un programa psicoeducativo llevaron a cabo una intervención en grupo destinada a mejorar la identificación de las señales de recaída. Los resultados a los dos años de seguimiento eran positivos para el grupo de tratamiento ($n = 60$) en comparación con el grupo control de intervención no estructurada ($n = 60$). Los pacientes tratados presentaban un número significativamente menor de episodios de manía/hipomanía, mixtos y depresivos y una mayor duración de los períodos de eutimia previos a la primera recaída tras el tratamiento psicológico. Dado que la intervención no se centraba únicamente en la detección de pródromos, sino que también abordaba aspectos del cumplimiento y regularidad de los hábitos, no se pudo afirmar a partir de estos datos que el entrenamiento en detección de pródromos fuera eficaz.

Para afinar en este sentido y separar el peso de cada intervención se diseñó un estudio similar al descrito anteriormente utilizando una población de pacientes bipolares con un buen cumplimiento del tratamiento farmacológico, para que en caso de existir una mejora clínica tras el tratamiento ésta no pudiera ser atribuible a la mejora del cumplimiento farmacológico. Los resultados (Colom y cols., 2003b) fueron también positivos. Los 25 pacientes bipolares tipo 1 incluidos en el grupo de tratamiento tuvieron un curso significativamente mejor que los 25 pacientes bipolares tipo 1 incluidos en el grupo control que recibían únicamente un tratamiento no estructurado. Dado que estos pacientes eran todos buenos cumplidores se descarta que dicha mejora estuviera relacionada con un cambio en los hábitos de cumplimiento. El factor que mejoraba el curso de los pacientes tratados era su ma-

yor capacidad para detectar las señales de recaída de forma precoz.

Por tanto hay evidencias que demuestran la eficacia de intervención psicológica en detección de pródromos (Perry y cols., 1999; Colom y cols., 2003b) como intervención exclusiva y un estudio (Colom y cols., 2003a) que señala su eficacia como parte de un programa más amplio de psicoeducación.

Becoña y Lorenzo (2002) en su artículo «Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar» señalan que Lam y cols. (1999) afirman que los pacientes bipolares pueden detectar pródromos, especialmente los pródromos maníacos, los cuales son detectados por ellos mejor que los pródromos depresivos. Los pródromos de manía más frecuentemente indicados son menos sueño, más conductas dirigidas a una meta, irritabilidad, incremento de la sociabilidad, pensamientos de comenzar a correr e incremento del optimismo, sin embargo los de depresión serían pérdida de interés en actividades o en la gente, no ser capaz de dejar de estar preocupado o dejar la ansiedad a parte, sueño interrumpido, sentirse triste o querer llorar, referir también que estos pacientes pueden experimentar delirios y alucinaciones durante los episodios de manía o depresión y que ocasionalmente se pueden presentar características catatónicas durante un episodio maníaco. Existe también un alto riesgo de suicidio, pudiendo surgir también abuso de sustancias, trastorno de personalidad, trastornos de ansiedad, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, otras enfermedades asociadas (p. ej., función anormal del tiroides), interacciones adversas a las drogas, etc. (American Psychiatric Association, 1994).

En este mismo artículo se destaca un estudio de Lam y cols. (2000) en el que realizan un estudio piloto con 25 pacientes con trastorno bipolar tipo 1 a los que

aplican terapia cognitiva, consistente en un número de 12 a 20 sesiones durante un período de tiempo de 6 meses. De ellos, mediante asignación al azar, 13 formaron el grupo de terapia y 12 de control, destacar que cuando entraron en tratamiento todos estaban tomando medicación. El grupo control recibió el tratamiento habitual para pacientes externos, el grupo de tratamiento un tratamiento cognitivo-conductual orientado para la prevención de recaídas que se compone de terapia cognitiva (derivada de Beck), modelo psicoeducativo, habilidades cognitivas y conductuales para afrontar los pródromos, importancia de la rutina y el sueño, además de saber qué hacer con la vulnerabilidad y las dificultades que pudieran darse a largo plazo como resultado de la enfermedad.

Los resultados de este estudio indican que en 12 pacientes en el grupo de terapia y 2 en el grupo control no se registra la aparición de episodios bipolares a lo largo de los 12 meses de seguimiento. Con lo que en el grupo control hubo significativamente más episodios maníacos, hipomaníacos, depresivos, episodios de hospitalización y número de episodios totales que en el grupo de tratamiento. Ningún paciente del grupo de tratamiento fue hospitalizado a lo largo de los 12 meses de seguimiento. En otras medidas como depresión o cumplimiento con la medicación también hay diferencias favorables al grupo de tratamiento.

La conclusión de este estudio fue que los pacientes que participan en el grupo de tratamiento, respecto al control que recibe la rutina habitual de tratamiento, están mejor ya que tienen pocos episodios bipolares a lo largo del seguimiento y menos hospitalizaciones. Como era de esperar, los sujetos del grupo tratamiento a los 12 meses tenían niveles más bajos de síntomas maníacos y de síntomas depresivos, además presentaban estrategias más

eficaces de autocontrol y afrontamiento de los pródromos de manía y depresión, mostrando finalmente un mejor funcionamiento social. También se encontró que el grupo de tratamiento consiguió incrementar las ganancias una vez que se analizó el tratamiento, indicando que el modelo cognitivo de adquisición de habilidades funcionó adecuadamente ya que se mantuvieron las ganancias, incluso llegaron a aumentar las mismas después del tratamiento.

Con respecto a pacientes psicóticos referir que Jiménez Estévez y Maestro Barón (2002) en su artículo «Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia» refieren que la capacidad de las personas que padecen esquizofrenia para comprender y manejar el proceso de su enfermedad ha sido tradicionalmente infravalorada al considerar que la capacidad de introspección de los que sufren este trastorno está seriamente comprometida por el mismo. Sin embargo, los estudios realizados acerca de insight en esquizofrenia no han corroborado esa visión de todo o nada, sino que han señalado la complejidad de este factor como un fenómeno tridimensional (conciencia de enfermedad, necesidad de tratamiento y apropiado reetiquetado de síntomas) cuyos componentes fluctúan de forma independiente a lo largo del curso de la enfermedad (Birchwood y cols., 1994).

Diversos estudios han demostrado que los sujetos que sufren esquizofrenia reconocen síntomas prodrómicos y que pueden utilizarlos para monitorizar y regular su propia enfermedad, así como emprender acciones personales de afrontamiento llegando a tomar un papel más activo en su tratamiento (McCandless-Glimcher L. y cols., 1986). Lee (1993) ha demostrado cómo los propios pacientes también desarrollan estrategias de afrontamiento eficaces para manejarse con la enferme-

dad y consideran que éstas hay que potenciarlas, tratando de que ellos mismos puedan ser aliados del terapeuta en una rehabilitación eficaz. Sullwold y cols. (1992) consideran que un limitado conocimiento de la enfermedad, de los efectos de la medicación y de otras técnicas terapéuticas puede generar un amplio campo para la interpretación y la explicación irracional, que a su vez puede perjudicar al paciente mediante la activación de ansiedades y miedos dificultando así el cumplimiento terapéutico.

Estos datos han sustentado la necesidad de desarrollar intervenciones terapéuticas psicoeducativas (Rebolledo y Lobato, 1997) dirigidas a dotar a los pacientes de información, apoyo y estrategias de afrontamiento, estando todo esto contextualizado en un modelo de enfermedad basado en el modelo de vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977). De este modo, dotando a los pacientes de un marco para comprender los fenómenos que experimentan, sus dificultades y comportamientos desajustados, así como su relación con las diferentes estrategias terapéuticas se pretende permitirles hacer frente de una manera más efectiva a los mismos para llevar a cabo la vida más normalizada posible.

Goldman (1988) después de aplicar un programa psicoeducativo, considera que los pacientes con esquizofrenia pueden aprender y retener información. Afirma que el conocimiento acerca de la enfermedad puede ayudar a:

- Mejorar su comportamiento, neutralizando el miedo y la actitud defensiva.
- Incrementar la autoestima y autoconfianza de los pacientes.
- Hacerles pensar en formas prácticas para ayudarse.
- Propiciar una comunicación eficaz con el personal asistencial.

- Promover actividades saludables que incluyan la adhesión al tratamiento.

Atkinson y cols. (1996) refieren haber obtenido mejoras significativas en el funcionamiento social y calidad de vida de los pacientes que asistieron a los programas psicoeducativos. Moller (1997) aplicando un diseño controlado de casos, ha encontrado una disminución significativa en el número de días de ingreso hospitalario, así como una reducción del coste en los pacientes del grupo experimental.

Algunas aproximaciones psicoeducativas se han enmarcado en un contexto rehabilitador más comprehensivo. Halford (1995) ha compuesto un programa de cinco módulos (medicación, automanejo de síntomas, afrontamiento de la ansiedad y la depresión, habilidades sociales, habilidades de la vida diaria y habilidades de ocio) encontrando que la mayoría de los pacientes encuentran una reducción sintomatológica, así como una mejora en su calidad de vida y del funcionamiento comunitario.

Referir que especialmente importante respecto al tema que nos ocupa es el estudio de Hogarty (1995) que desarrolla un procedimiento de intervención psicoterapéutica individual (PT) basado en el modelo psicoeducativo que de forma graduada enseña al paciente acerca de la enfermedad y su manejo, fomentando la autoobservación para detectar pródrornos y aplicar estrategias basadas en el manejo del estrés, las habilidades sociales y la resolución de problemas de la vida diaria. Este procedimiento ha demostrado tras dos años de aplicación efectos más duraderos que los que demuestra la terapia familiar de apoyo tanto en el ajuste social en los pacientes que conviven o no con su familia, como en la disminución de recaídas en los pacientes que viven con sus familias (Hogarty y cols., 1997). Finalmente añadir que las

investigaciones realizadas por el grupo Cochrane de esquizofrenia sobre ensayos clínicos controlados acerca de las intervenciones psicoeducativas han concluido que este tipo de intervenciones disminuyen el riesgo de recaídas (Adams, 2000).

Una vez llevado a cabo este análisis sobre estudios que tratan de verificar la validez de las intervenciones psicoeducativas y específicamente de aquellas centradas en el entrenamiento para el reconocimiento de pródromos y el manejo de síntomas queda patente la fiabilidad de este tipo de técnicas, tanto cuando están centradas en trastornos psicóticos como cuando están centradas en pacientes diagnosticados de trastorno bipolar. A continuación pasamos a exponer nuestra experiencia en el centro con respecto a este tipo de técnicas psicoeducativas.

3. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO EN REFERENCIA A LOS PROGRAMAS DE PSICOEDUCACIÓN

Una vez situado el marco contextual con respecto a los programas de psicoeducación y la evolución de éstos hasta nuestros días, definidos los objetivos de la misma y habiendo realizado un análisis acerca de los estudios y propuestas en torno al reconocimiento de pródromos y el manejo de sintomatología propia de la problemática pasamos a explicar la experiencia con respecto a este tipo de intervención en el CRPS, tratando de analizar las ventajas y dificultades encontradas con respecto a la aplicación de dicho modelo a nivel grupal.

En octubre del año 2006 se pone en funcionamiento el primer grupo de psicoeducación en el CRPS, este programa está compuesto por 6 usuarios, los criterios de inclusión para elegir los componentes del grupo fueron:

- Buena conciencia de enfermedad.
- Buena disposición mostrada por estos usuarios para conocer más aspectos de su enfermedad y poder aplicarlos para su mejora terapéutica.
- No presencia de sintomatología y desestabilizaciones frecuentes en estos casos, debido sobre todo al buen cumplimiento del tratamiento y a la presencia de múltiples factores de protección que a su vez influían en que estos usuarios estuvieran asintomáticos durante largos períodos de tiempo.
- No presentar inconvenientes en poder tratar aspectos relacionados con su enfermedad a nivel grupal.
- Un nivel cognitivo adecuado a la hora de poder prestar atención a los contenidos (en algunas ocasiones algo complejos) del programa, así como a la hora de poder retener la información expuesta durante el mismo.
- También se tuvo en cuenta como criterio de inclusión el hecho de que durante los períodos en los que estos usuarios hubieran presentado sintomatología prodrómica o propia de su problemática se hubieran observado por parte de los mismos dificultades a la hora de identificarla y manejarla.

Hay que señalar que el diagnóstico de los componentes de grupo no era homogéneo (4 de los usuarios estaban diagnosticados de esquizofrenia paranoide y los 2 restantes estaban diagnosticados de trastorno bipolar). También hay que señalar que se elige un estilo de trabajo grupal y de larga duración en el tiempo en vista de los múltiples beneficios que este estilo de intervención puede generar. F. Colom, M. Reinares y E. Vieta (2004) en su trabajo psicoeducativo con pacientes bipolares hablan acerca de esto, comentando que trabajar con un programa largo supone

varias ventajas entre las que destacan las siguientes:

- **Calidad de los contenidos.** Un programa de varios meses permite abordar muchos temas de interés, sin dejar en el tintero ningún aspecto relevante ni dar ningún aspecto por sabido, error que a menudo se comete en los programas cortos.
- **Participación.** Un programa de larga duración permite una mayor participación de sus integrantes y ello contribuye decisivamente a un mejor aprendizaje de los contenidos, mejora la dinámica del grupo, disminuye el estigma y la sensación de aislamiento y también beneficia en el cumplimiento del propio tratamiento psicoeducativo.
- **Cohesión.** Un programa de larga duración permite que el grupo esté fuertemente cohesionado y posibilita que los integrantes se sientan lo suficientemente motivados para hacer preguntas o comentarios que quizás no harían en otros contextos. El mero hecho de conocer a otras personas con la misma problemática y poder compartir experiencias durante varios meses generalmente es muy positivo para vencer la vivencia del aislamiento y el estigma que suele aparecer en la persona con este tipo de enfermedad.
- **Modelado.** El contacto frecuente con los demás miembros del grupo facilita que los integrantes del mismo ejerzan entre sí un efecto de modelado, esto es, que cada uno aprenda de las experiencias del otro o que incorpore a su repertorio conductas saludables de sus compañeros de grupo. En el grupo de corta duración los integrantes difícilmente pueden llegar a ese nivel de aprendizaje de pares.
- **Encarrilamiento.** Uno de los factores de buen pronóstico en este tipo de enfermedades es sin lugar a dudas el

curso previo inmediato, es decir, cuanto más tiempo lleve estable un paciente menos probable es que sufra una recaída. En este sentido un programa largo de psicoeducación puede facilitar que al menos durante el tiempo que dura el tratamiento se dé un buen cumplimiento farmacológico, un manejo adecuado de los síntomas, unos hábitos regulares, no consumo de tóxicos, etc., por lo tanto que un integrante del mismo pueda permanecer estable aunque sólo sea por la frecuencia de las visitas, el compromiso con el terapeuta y los compañeros u otros factores en principio ajenos a la propia psicoeducación. Es decir, el tratamiento psicoeducativo de larga duración asegura en numerosos pacientes un efecto de encarrilamiento, en el sentido en el que al menos durante el tiempo que dure el programa tendrán más probabilidades de permanecer estables, lo que tendrá un efecto positivo sobre el curso de su enfermedad.

Habría que destacar que además de estas ventajas señaladas, desde el CRPS los contenidos expuestos durante las sesiones del programa son reforzados en las tutorías (intervenciones individuales con su psicólogo-tutor) para un mayor afianzamiento.

La primera parte de este programa de psicoeducación tiene lugar de octubre de 2006 hasta junio de 2007, con un total de 32 sesiones, durante esta primera parte se abordan los siguientes aspectos basados en el programa de psicoeducación de Rebolledo y Lobato (1997):

1. ¿Qué es la enfermedad mental?
2. Estigmatización.
3. Tipos de enfermedad mental: esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar. Sintomatología.
4. Modelo de vulnerabilidad.

5. Factores de protección y riesgo (alcohol y tóxicos).
6. Pródromos.
7. ¿Para qué sirve la medicación? (Tipos de medicación.)
8. Autoadministración correcta de la medicación y efectos principales.
9. Identificación de los efectos secundarios de la medicación.
10. Habilidades para comunicar problemas con la medicación.
11. Identificación y gestión de crisis.
12. Recursos sanitarios y comunitarios.

Hay que añadir que la adherencia al programa por parte de los usuarios que lo integran es buena, mostrando continuidad a la hora de acudir a las diferentes sesiones y mostrándose participativos durante las mismas.

Los resultados de esta primera parte del programa fueron claros: a parte de que todos los usuarios que lo componen se mostraron satisfechos con su inclusión en el mismo y con lo que habían aprendido, en las tutorías que se llevan a cabo con estos usuarios durante el período en el que tiene lugar el programa y a la finalización del mismo se puede observar un mayor conocimiento acerca de su problemática, así como una mayor aplicación práctica de las pautas expuestas observando la repercusión de esto sobre la aparición de posibles crisis tanto maníacas o hipomaníacas (en el caso del trastorno bipolar), como psicóticas (en el caso de los usuarios diagnosticados de esquizofrenia).

El hecho de que el grupo fuese heterogéneo en cuanto al diagnóstico no dificultó el desarrollo del mismo ya que nos basamos en todo momento en el modelo de vulnerabilidad (aplicable por igual a los dos diagnósticos). En caso de haber algu-

na diferencia en los contenidos en cuanto al abordaje diferenciado por diagnósticos, se observa que los usuarios llegan a discriminar sin problema qué parte de la información es aplicable a su problemática individual y cuál no.

Sin embargo se detecta que a pesar de haber abordado (aunque de forma muy somera) durante el programa la temática referente al reconocimiento de pródromos y manejo de sintomatología, 5 de los 6 usuarios que componen el grupo muestran dificultades para identificar de forma autónoma sintomatología prodrómica o propia de su enfermedad. Esta situación nos impulsa a poner en marcha la segunda parte del programa de psicoeducación, en la que se desarrolla un entrenamiento específico en el reconocimiento de pródromos y sintomatología propia de la enfermedad.

Esta segunda parte tiene lugar de octubre de 2007 hasta junio de 2008 y consta de 32 sesiones. Los componentes del grupo pasan a ser 4. Las razones de no incluir a 2 de los usuarios del grupo original fueron:

- En el primer caso, porque el usuario muestra habilidades suficientes para reconocer pródromos y sintomatología propia de la enfermedad de forma autónoma.
- En el segundo caso se debe a problemas de incompatibilidad horaria, aunque con este usuario se sigue trabajando en el entrenamiento para el reconocimiento de este tipo de señales pero en formato individual.

En función del diagnóstico, el grupo al que se aplica el tratamiento queda compuesto por 2 usuarios diagnosticados de esquizofrenia y 2 usuarios diagnosticados de trastorno bipolar.

Con respecto a la metodología de esta segunda parte, referir que durante las pri-

meras 12 sesiones se repasan con los usuarios los conceptos expuestos durante la primera parte del programa con el fin de que recordaran los mismos y también de darle un marco conceptual al entrenamiento en el reconocimiento de pródromos que posteriormente se lleva a cabo desde enero a junio de 2008 y consta de 20 sesiones.

El entrenamiento en reconocimiento de pródromos o sintomatología propia de la problemática se lleva a cabo de una forma similar a la metodología que utilizan Perry y cols. (1999) en su estudio, por lo que se elabora junto con los usuarios un listado con los pródromos más comunes que han acontecido en sus crisis, incluyendo también la sintomatología más habitual que ha aparecido durante las mismas, este listado es repasado semanalmente en las sesiones del grupo con los usuarios tratando de observar si se ha dado o no la presencia de este tipo de señales o síntomas. A su vez también se hace hincapié con los usuarios en las diferentes estrategias a utilizar ante la identificación de estas señales, estrategias que por otro lado acaban conociendo perfectamente.

Una vez finalizada esta segunda parte los usuarios refieren conocer mucho mejor qué aspectos han de observar para prevenir posibles crisis, mostrándose por tanto muy satisfechos por la intervención.

Sin embargo a nivel práctico se observa que únicamente 1 de los 4 usuarios pertenecientes al grupo mejora realmente en su capacidad para reconocer de forma autónoma sintomatología prodrómica o propia de su enfermedad, encontrando que los otros 3 componentes del grupo y el usuario con el que se trabaja paralelamente a nivel individual no mejoran en esta área, pudiendo comprobar también que aunque conocen en qué aspectos han de fijarse para prevenir posibles crisis no son capaces de reconocerlos de forma

autónoma (es decir sin ayuda externa) cuando aparecen.

Como aspectos positivos que se han observado hay que destacar ciertas ventajas que estos usuarios han adquirido sobre todo a la hora de mostrarse más flexibles para reconocer la presencia de sintomatología prodrómica o propia de su problemática cuando ésta es identificada por agentes externos (familia, profesionales del centro principalmente) y se les refiere a ellos de forma directa, llegando a mostrarse accesibles a aplicar sin demasiados problemas las estrategias explicadas desde el programa para el manejo de la misma. Por otro lado, se llegó a establecer con estos usuarios un lenguaje y una línea de actuación común ante la detección de este tipo de señales o síntomas, aspecto que anteriormente era más dificultoso en alguno de estos casos. Estos aspectos nos demuestran ciertas ventajas en cuanto al entrenamiento en el reconocimiento de pródromos.

Uno de los indicadores objetivos que refieren F. Colom, M. Reinares y E. Vieta (2004) en su trabajo de psicoeducación con bipolares es la disminución de ingresos hospitalarios como consecuencia de la aplicación de este modelo. Respecto a los usuarios del grupo, cabe señalar que llegaron a manejar de forma adecuada todas las situaciones en las que experimentaron pródromos o sintomatología propia de su problemática no llegando a tener ingresos psiquiátricos desde el comienzo de la aplicación del entrenamiento en el reconocimiento de estas señales (enero de 2008) hasta la actualidad. 3 de los 5 usuarios con los que se llevó a cabo esta intervención habían tenido al menos un ingreso psiquiátrico en el período comprendido desde junio de 2005 (momento en que son dados de alta en el CRPS) hasta enero de 2008 (momento en que comienza el entrenamiento en manejo de pródromos), a parte de algunas desestabilizaciones que

finalmente no concluyeron en ingreso psiquiátrico. Esto nos hace reflexionar sobre la importancia de algunas estrategias alternativas al reconocimiento autónomo de pródromos y síntomas por parte del usuario, que a su vez han sido utilizadas en estos casos y que explicaremos con detenimiento en el siguiente apartado.

4. ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS

Queda patente en la experiencia relatada en el apartado anterior la presencia de algunas dificultades en estos usuarios para reconocer de forma autónoma síntomas prodrómicos o propios de su problemática, incluso cuando han sido entrenados para el reconocimiento de los mismos.

Sin embargo, el objetivo de que estos usuarios reconozcan este tipo de síntomas pasa por la puesta en práctica de diversas estrategias una vez que este tipo de señales han sido identificadas, estrategias a su vez dirigidas a evitar posibles crisis o ingresos psiquiátricos. Como se destaca en el apartado anterior, ninguno de los usuarios con los que se trabajó en el entrenamiento en reconocimiento de pródromos llega a tener alguna hospitalización psiquiátrica haciendo a su vez un buen manejo de la sintomatología prodrómica o propia de la problemática cuando ésta aparece y se les refiere directamente a los mismos por medio de agentes externos (fundamentalmente la familia o los profesionales del centro).

Según nuestra experiencia existen algunas variables que vendrían a suplir de una forma clara la capacidad del usuario para reconocer de forma autónoma la presencia de sintomatología prodrómica o propia de su problemática y que vendrían a facilitar el hecho de que el usuario se muestre más flexible/accesible a la

hora de reconocer la presencia de estos síntomas. Éstas básicamente serían tres:

1.ª Intervención con las familias/ psicoeducación familiar

Como ya se comenta al comienzo de este artículo, la psicoeducación nace como un modelo para intervenir con aquellas familias en la que alguno de los integrantes de la misma tiene diagnóstico de esquizofrenia con el objeto de que exista por parte de los familiares un mayor conocimiento y un mejor manejo de la problemática de estas personas afectadas por la enfermedad, todo esto ocurre en un período en el que se comienza a apostar por un modelo comunitario de intervención. Dicho lo cual, queda claro que este modelo es totalmente válido para aplicar con las familias de nuestros usuarios.

F. Colom, M. Reinares y E. Vieta (2004) en su aplicación de un modelo psicoeducativo en trastorno bipolar, comentan que la familia del paciente bipolar suele tener un papel crucial tanto en el cumplimiento terapéutico como en el manejo de síntomas y la conciencia de enfermedad. Por tanto, completar la psicoeducación de estos pacientes con la psicoeducación de sus familias es una forma idónea de asegurar que los cambios conductuales que deben derivarse de la psicoeducación no se vean impedidos sino facilitados por el entorno del paciente. Resulta evidente que la enfermedad del paciente y el funcionamiento familiar se influyen mutuamente, la importancia del estrés ambiental en el trastorno bipolar, la carga experimentada por los familiares que conviven con el paciente, la demanda de la familia de recibir más información sobre el trastorno y las estrategias para afrontarlo son algunas de las razones que fundamentan la introducción de intervenciones psicoeducativas centradas en la familia del paciente bipolar (Reinares y cols. 2002a). Hasta la fe-

cha diversos estudios sugieren que la intervención familiar junto al tratamiento farmacológico consiguen ser un recurso eficaz para mejorar la evolución de los pacientes bipolares. La intervención familiar de tipo psicoeducativo pretende dotar a las familias de una serie de conocimientos que permitan mejorar su comprensión sobre la enfermedad, así como facilitar ciertos cambios en sus actitudes y conductas, mejorando las estrategias de afrontamiento ante el trastorno (Reinares y cols., 2002b).

También Jiménez Estévez y Maestro Barón (2002) refieren con respecto a la psicoeducación con familias de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, que han sido varias las intervenciones familiares que bajo el sobrenombre de modelos psicoeducativos se han ido desarrollando fundamentalmente a lo largo de la década de los 80: la terapia conductual de Fallon (1984), el paquete de las intervenciones de Leff (1985), el modelo psicoeducacional de Anderson (1986), las intervenciones dirigidas al afrontamiento del estrés de Tarrier (1988), los grupos multifamiliares de McFarlane (1995) referir que a pesar de la heterogeneidad de sus formatos todas ellas comparten el objetivo de reducir el estrés familiar y la tasa de recaídas con una metodología que incluye la educación acerca de la esquizofrenia y el entrenamiento en habilidades comunicacionales y de resolución de problemas. Mediante un ambiente de colaboración con los familiares que cuidan al paciente se pretende la reducción del estrés y la carga emocional, el desarrollo y fortalecimiento de habilidades para resolver problemas, la reducción de la expresión de enfado y sentimientos de culpa, el mantenimiento de expectativas razonables acerca del paciente, además de animarlos a que pongan y mantengan límites apropiados, así como que mantengan algún grado de distancia cuando sea necesario y

por último el logro de cambios deseables tanto en la conducta como en el sistema de creencias en los familiares.

Este modelo de intervención familiar ha demostrado ser efectivo para reducir las recaídas, así como el deterioro social y la carga familiar, tanto en diferentes estudios como en las rigurosas revisiones sistemáticas del Cochrane Schizophrenia Group (2000). Bustillo (2001) tras una revisión de ensayos clínicos controlados señala los buenos resultados obtenidos con la terapia de familia en cuanto a la reducción de recaídas y hospitalizaciones.

Birchwood (1995) a partir de diferentes estudios aconseja una serie de pautas útiles para la intervención:

- Ésta debe abarcar tanto a los pacientes como a las personas que componen la unidad familiar.
- La educación sola es insuficiente pero puede resultar útil como parte del programa.
- Las intervenciones deben mantenerse durante un tiempo prolongado.
- Deben realizarse en conexión con otros aspectos del tratamiento del paciente y preferiblemente integradas en el sistema de salud mental establecido.
- Por último refiere que la intervención debe dirigirse también a que el paciente cumpla el tratamiento farmacológico en la medida de lo posible.

Según nuestra experiencia y aplicando las consideraciones de Birchwood, sería necesario integrar a la familia en el reconocimiento de pródromos siempre que se cumplan los siguientes requisitos previos:

1. Que existan familiares que ejerzan un rol de cuidadores con respecto al usuario y que tengan un contacto frecuente con el mismo.

2. Que se haya observado la necesidad de trabajar en este objetivo con la familia y se considere importante que el medio del usuario esté entrenado en el reconocimiento de pródromos, esto se daría sobre todo en aquellos casos en los que el usuario muestra muchas dificultades para reconocer estas señales de forma autónoma.
3. Que el usuario dé su consentimiento a que se pueda intervenir con su familia sobre esta área.
4. Que la familia se muestre motivada para colaborar al respecto.

En caso de que se cumplan los dos primeros criterios y la dificultad para poder intervenir con la familia en esta área venga asociada al tercer o cuarto criterio, nuestra labor sería tratar de concienciar a la familia o al propio usuario acerca de la importancia que podría tener este tipo de intervención/apoyo con respecto al manejo de la problemática psiquiátrica.

Siempre que sea posible la intervención con la familia es fundamental, además de muy facilitadora para que el usuario finalmente termine detectando la sintomatología prodrómica o propia de su problemática y poniendo en práctica las estrategias acordadas para el manejo de la misma.

Con respecto a la experiencia en nuestro centro respecto a la psicoeducación familiar basada en el reconocimiento de pródromos destacar que se pudo trabajar con las familias de 2 de los 5 usuarios a los que se entrenó en este aspecto ya que cumplían con los requisitos anteriormente expuestos.

Los resultados nos indican que las ventajas obtenidas fueron bastante significativas, ya que en uno de los casos se consiguió que la familia conociera en mayor grado los aspectos a observar para determinar la posible presencia de sintomatología prodrómica o propia de la enfermedad, además por otra parte, se pudieron

abordar con estos familiares estrategias que pudieran ponerse en marcha ante la presencia de estas señales. En el otro de los casos la familia ya conocía estos pródromos más habituales y se los refería al usuario cuando detectaban los mismos, pero el problema que se detectaba en este caso tenía que ver con una hipervigilancia a estos síntomas por parte de la familia lo que a su vez generaba la presencia de falsos positivos con respecto a la identificación de estas señales, debido a esto se trabaja con ellos para que traten de discriminar entre aquellas situaciones en las que estas señales pueden ser relevantes de aquellas en que sin embargo no lo serían, tratando a su vez de que dieran menor nivel de importancia a las no relevantes. Destacar que en ambos casos se obtuvieron resultados muy positivos.

Concluimos que la implicación y el apoyo de la familia en este tipo de entrenamiento/intervención es de gran importancia, sobre todo en los casos en que sea posible y además se estime necesario.

2.^a El conocimiento de estas señales por parte de los profesionales y la vinculación terapéutica con el usuario

La puesta en práctica de una intervención centrada en el reconocimiento de pródromos o sintomatología propia de la problemática puede conllevar que los profesionales que llevan a cabo esta intervención lleguen a conocer en mayor medida cuáles son estas señales y por tanto en qué aspectos han de focalizar la atención para determinar si el usuario pudiera estar experimentando este tipo de sintomatología. El hecho de que los usuarios acudan al centro con continuidad convierte a los profesionales en observadores directos con respecto al estado del usuario.

Desde nuestra experiencia, constatar que han sido varias las ocasiones en que los profesionales han detectado sintoma-

tología prodrómica o propia de la problemática en el caso de los usuarios con los que se estaba interviniendo para el reconocimiento de estas señales. Una vez detectado esto por parte de los profesionales, es en este punto donde adquiere una gran relevancia el hecho de que exista una buena vinculación terapéutica con estos usuarios, puesto que es en este momento en el que sería necesario transmitirles de forma directa la presencia de este tipo de señales observadas por el profesional.

El hecho de tener una buena alianza terapéutica con los usuarios y de que se haya establecido un lenguaje y una línea de actuación común cuando se detecta esta sintomatología, facilita de forma importante dos aspectos:

- Por un lado, que el usuario pueda aceptar en mayor medida la presencia de este tipo de señales aunque no las haya detectado de forma autónoma.
- Por otro lado, que el usuario ponga en práctica las estrategias destinadas al manejo de este tipo de sintomatología evitando por tanto un agravamiento de la misma o la posibilidad de que la situación desemboque en un ingreso psiquiátrico.

Con respecto a nuestra experiencia, la buena vinculación terapéutica que existía y sigue existiendo con los usuarios a los que se sometió al entrenamiento nos ha facilitado que cuando se ha detectado esta sintomatología prodrómica por parte de los profesionales, se les haya podido comentar a los usuarios de una forma directa, encontrando en general una buena aceptación por parte de los mismos cuando se les ha transmitido esto, llegando a su vez a que éstos pusieran en práctica sin demasiado problema las estrategias aprendidas para el manejo de este tipo de sintomatología.

En los momentos en los que se ha encontrado una cierta resistencia por parte del usuario a la hora de reconocer este tipo de señales estando éstas presentes, se les trató de persuadir para que llegaran a reconocer las mismas, encontrando que en todos los casos finalmente aceptaron la presencia de las mismas y pusieron en práctica las estrategias acordadas. Es claro en estos casos, que la buena vinculación terapéutica y el hecho de establecer un lenguaje y una línea de actuación común favorece que en este tipo de situaciones en las que el usuario muestra más problemas a la hora de reconocer estas señales (aunque se le esté indicando de una forma externa) termine aceptando las mismas y poniendo los remedios adecuados al respecto.

3.^a La coordinación entre los profesionales del centro y con otros recursos

En nuestro centro es labor del psicólogo-tutor realizar una exhaustiva evaluación acerca de cuáles pueden ser estas señales y cómo puede ser más adecuado exponérselas al usuario, sobre todo en el caso de que éste tenga problemas a la hora de reconocer las mismas, así como de explicar al usuario y motivarle para que ponga en práctica las estrategias acordadas para el manejo de esta sintomatología. Por otro lado, el psicólogo-tutor ha de ser el encargado de exponer cuáles son estas señales al resto del equipo y más específicamente a los profesionales que estén interviniendo de una forma directa en el caso, con el objetivo de que éstos puedan estar atentos a las mismas y puedan llegar a detectar éstas en caso que lleguen a producirse.

En nuestro caso, referir que en varias ocasiones han sido otros profesionales implicados en el caso los que han detectado este tipo de señales, comentando pos-

teriormente esto al psicólogo-tutor del usuario y si se ha estimado oportuno informando posteriormente al resto del equipo. Creemos fundamental que exista un conocimiento acerca de la problemática del usuario por parte de los profesionales más implicados en el caso, así como una buena coordinación entre los mismos.

Destacar también la importancia de la estrecha coordinación con otros recursos, especialmente con el Centro de Salud Mental (CSM), ya que cuando la sintomatología comienza a agravarse la estrategia fundamental pasa por notificárselo al CSM y posibilitar que el usuario comente esta problemática a su psiquiatra con el fin de buscar soluciones que puedan atajar la presencia de esta sintomatología. También es necesario concienciar al usuario de la ayuda que su CSM le puede brindar a nivel general, haciendo hincapié en estas situaciones en las que la intervención por parte del CSM se torna fundamental e imprescindible.

Con respecto a nuestra experiencia, la vinculación de los usuarios entrenados en el reconocimiento de pródromos con su CSM era ya de por sí bastante buena, aun así el hecho de que desde el CRPS tuviéramos una estrecha coordinación con el CSM ha facilitado en buena medida que los profesionales de salud mental conocieran de antemano la problemática que podía estar mostrando el usuario en este momento y esto a su vez ha facilitado que el CSM haya tenido una información más precisa a la hora de buscar soluciones para atajar la situación.

5. CONCLUSIONES

El presente trabajo surge de ciertas problemáticas observadas cuando se somete a determinados usuarios a un entrenamiento para el reconocimiento de pródromos y manejo de sintomatología, ya que una vez

llevado éste a cabo podemos observar que éstos siguen manifestando problemas a la hora de reconocer de forma autónoma este tipo de señales.

Sin embargo los resultados que arroja nuestra experiencia son bastante claros, ya que aun no siendo de forma autónoma, estos usuarios apoyados por medios externos (familia y profesionales del centro fundamentalmente) llegan en todos los casos a aceptar la presencia de dichas señales cuando se les refiere la presencia de éstas y a su vez a poner en práctica las estrategias acordadas sin plantear demasiados problemas al respecto, lo cual ha resultado una variable influyente en el hecho de que estos usuarios no hayan llegado a tener grandes desestabilizaciones o ingresos hospitalarios hasta el día de hoy.

Por tanto, esta experiencia nos plantea algunas preguntas que pasamos a detallar:

¿Es posible que los usuarios que se someten a este tipo de entrenamiento, lleguen a reconocer de forma autónoma este tipo de señales en todos los casos?

Nuestro objetivo pasa por que el usuario sea lo más autónomo posible para el reconocimiento de este tipo de señales, aun así nuestra experiencia nos refiere que no todos los usuarios a los que se entrena en este aspecto llegan a tener un nivel de autoobservación que les permita reconocer la presencia de este tipo de señales en todas las situaciones. Aunque como ya se ha comentado en el presente artículo, es evidente que la sintomatología de la que hablamos en ocasiones puede interferir negativamente con la capacidad de autoobservación del usuario.

Aun así, los resultados que arroja nuestra experiencia nos refieren que los usuarios llegan a mostrarse más flexibles a la hora de aceptar la presencia de este tipo de señales/síntomas cuando se les indi-

ca de forma externa que antes de llevar a cabo esta intervención, lo cual habla de una mejora en esta área y nos conduce a la siguiente cuestión.

¿Cuánto tiempo de intervención es necesario para que los usuarios adquieran una mayor capacidad de reconocimiento de sintomatología prodrómica o propia de la problemática?

El modelo de trabajo en rehabilitación psicosocial y a su vez el modelo de trabajo en el que nos apoyamos en nuestro centro se basa en varios principios, uno de éstos es el principio de individualidad, éste nos refiere el hecho de que cada usuario necesitará un tipo de intervención y un período de tiempo probablemente diferente para la adquisición de estas habilidades, siendo imprescindible entender las limitaciones y necesidades de cada usuario de forma individualizada.

Respecto a nuestra experiencia, el hecho de que se pusiera fin al grupo de entrenamiento para el reconocimiento de pródromos no ha significado que la intervención finalizase en ninguno de los casos en los que se observó que esta habilidad no estaba adquirida, esto se puede constatar en el hecho de que actualmente se sigue interviniendo con estos usuarios en este aspecto por medio de tutorías (intervenciones individuales con su psicólogo-tutor). La intervención grupal finalizó porque se pudo observar que ya se habían cumplido los objetivos básicos de la misma, que eran por un lado establecer con los usuarios diversas áreas de observación con respecto a su problemática y por otro generar un lenguaje/línea de actuación común ante la presencia de este tipo de señales. Cumplido esto, se observó que el trabajo con estos usuarios podía seguirse manteniendo a un nivel más individualizado.

Volviendo a la pregunta planteada, referir que a lo largo de este artículo se

comentan en varias ocasiones las ventajas que pueden tener las intervenciones psicoeducativas de larga duración sobre aquellas de corta duración, exponiendo como ventajas fundamentales por un lado la mayor adquisición de conceptos y por otro lo facilitadoras que pueden llegar a ser a la hora de que se puedan dar determinados cambios cognitivos y conductuales en referencia al manejo de la problemática psiquiátrica. En los perfiles con los que estamos trabajando se presentan en ocasiones unos hábitos no muy adecuados y que además vienen siendo bastante duraderos en el tiempo, con lo que podemos intuir que la adquisición de determinadas habilidades puede tardar bastante tiempo en darse, por lo que el tiempo que pueda tardarse hasta que se dé una correcta adquisición no habría de ser el factor fundamental, sino que el aspecto a tener más en cuenta habría de ser la propia adquisición y mantenimiento de habilidades, quizás no dando gran importancia al tiempo que se pueda tardar en que el usuario lo consiga, especialmente cuando hablamos de una habilidad tan complicada de adquirir como la capacidad para detectar de forma autónoma estas señales, esto nos conduce a la siguiente pregunta.

¿Existen modelos de intervención eficaces y estudios suficientes en referencia a esta área?

La capacidad para reconocer señales de aviso de crisis de forma autónoma es una habilidad de incalculable valor en el caso de personas diagnosticadas de enfermedad mental crónica.

En este mismo artículo se hace un análisis acerca de los modelos de intervención propuestos, así como de la fiabilidad de los mismos. Bajo nuestra experiencia y después de aplicar uno de esos modelos de intervención, más concretamente el de Perry y cols. (1999), los resultados nos indican de que en la mayoría de los casos

la capacidad por parte de los usuarios para reconocer pródromos de forma autónoma no mejora especialmente. Aun así cuando los resultados se enfocan de una forma más amplia y tenemos en cuenta todas las variables que influyen en el reconocimiento de pródromos (implicación del usuario, de la familia, de los profesionales del centro, del CSM) encontramos las causas de la mejora. Esto nos indica que no sería acertado centrarnos únicamente en el entrenamiento para la adquisición de la habilidad, sino que habríamos de incluir en nuestra valoración todas las variables que influyen en el proceso integral que se propone desde el centro.

Aun así al revisar la literatura encontramos que a pesar de la presencia de algunas propuestas de intervención bastante fiables que se desarrollan sobre todo a finales de la década pasada y principios de ésta, posteriormente no se identifican muchas experiencias, estudios y avances al respecto con lo que podría ser interesante investigar en mayor medida sobre métodos de intervención centrados en el entrenamiento para el reconocimiento de pródromos o sintomatología propia de la problemática en personas diagnosticadas de esquizofrenia y trastorno bipolar.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *American Journal of psychiatry* 1994;151(1): 1-36.
2. Adams, C. Psychosocial intervention for schizophrenia. *Effective Health Care* 2000;6(3):1-8.
3. Anderson CM, Reiss DJ, Hogarty GE. *Schizophrenia and the family*. New York, Guilford; 1986.
4. Atkinson JM, Coia DA, Gilmour WH, Harper JP. The impact of education groups for people with Schizophrenia on social functioning and quality of life. *Br J Psychiatry* 1996;168:199-204.
5. Becoña E, Lorenzo MC. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. En: Pérez, Fernández, Fernández y Amigo (coord). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid, Pirámide; 2002.
6. Birchwood M, Smith J, Dudley V, Healy J, McMillan F, Slade M. A self-report Insight scale for psychosis: Reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scand* 1994;89:62-67.
7. Birchwood M, Tarrrier N. *El tratamiento psicológico en la esquizofrenia*. Barcelona, Ariel psicología; 1995.
8. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. The psychosocial treatment of Schizophrenia: An Update. *Am J Psychiatry* 2001;(158):163-175.
9. Colom F, Vieta E. Psychotherapy in bipolar disorders. Evidence update. *Bipolar Disord* (en prensa), 2003.
10. Colom F, Vieta E, Martínez Arán A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Torrent C, Comes M, Corbella B, Parramón G, Corominas JA. Randomized trial on the efficacy of group psycho education in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen psychiatry* 2003a;60:402-407.
11. Colom F, Vieta E, Reinares M, Martínez Arán A, Torrent C, Goikolea JM, Gasto C. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry* 2003b; 64:1101-1105.
12. Colom F, Reinares M, Vieta E. Fundamentos de la psicoeducación en trastornos bipolares. En: *Aspectos clínicos*

- y terapéuticos en el trastorno bipolar. 2004; 19-29.
13. Díaz Martínez J, González Rúelas E, Varela Cabral C. Psicoeducación modelos para la esquizofrenia, Depresión, trastornos por déficit de atención, trastornos de alimentación. 2001; *Psiquiatría* 3, libro 6.
 14. Dixon S, Lehman L. Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1995;21(4):621-630.
 15. Durna Z, Ozcan S. Evaluation of self-management education for asthmatic patients. *J Asthma* 2003;40:631-643.
 16. Falloon IRH, Boyd JL, McGuill CW. Family care of Schizophrenics. New York, Guilford; 1984.
 17. Fallon IRH, Pederson J. Family Management in the prevention of morbidity for schizophrenia: the adjustment. *British Journal of psychiatry* 1985;147: 156-163.
 18. Goldman CR, Quinn FL. Effects of a patient education program in the treatment of schizophrenia. *Hosp community Psychiatry* 1988;39(3):282-286.
 19. Goldstein MJ. Further data concerning the relation between removed adjustment and paranoid symptomatology. *Schizophrenia Bulletin* 1978;4: 236-243.
 20. Goodwin F en nombre de la British Association for Psychopharmacology. Evidence-Based Guidelines for treating recommendations from British Association for psychopharmacology. *J Psychofarmacol* 2003;17:149-173.
 21. Halford WK, Harrison C, Kalyansundaram M, Moutrey C, Simpson S. Preliminary results from a psychoeducational program to rehabilitate Chronic patients. *Psychiatr Serv* 1995;46(11): 1189-91.
 22. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kanbith SJ, Greenwald DP, Javana CD, Madonia MJ. Personal and environmental indicators in the course of schizophrenia research group. Family psychoeducation, social, skill training and maintenance chemotherapy in the after case treatment of schizophrenia. *Archives of general psychiatry* 1986;43: 633-642.
 23. Hogarty GE, Greenwald D, Ulrich R, Kornblith SJ, DiBarry AL, Cooley S, Carter M, Flesher S. Three-year trials of personal therapy among schizophrenics patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *Am J Psychiatry* 1997;154(11):1504-1524.
 24. Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Flesher S, Reiss D, Carter M, Ulrich R. Personal therapy: A disorder- Relevant Psychotherapy for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21(3):379-93.
 25. Lam DH, Bright J, Jones S, Hayward P, Schunck N, Chisholm D, Sham P. Cognitive therapy for bipolar illness. A pilot Study of relapse prevention. *Cognitive therapy and research* 2000;24: 503-520.
 26. Jiménez Estévez JF, Maestro Barón JC. Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. 2002; *Monografías de psiquiatría* 2.
 27. Lam DH, Jones SH, Hayward P, Bright JA. Cognitive therapy for bipolar disorder. A therapists guide to concepts, methods and practice. Chinchester, RU, Wiley; 1999.
 28. Lee PH, Lieh-Mak F, Yu KK, Spinks JA. Coping strategies of Schizophrenic patients and the Relationships to Outcome. *Br J Psychiatry* 1993;163: 177-182.

29. Leff J. Family treatment of Schizophrenia. Grauville N-Gossman K, editors. Recent advances in clinical psychiatry. Londres, Churchill-Livingston; 1995.
30. Linden W. Psychological treatments in cardiac rehabilitation: Review of rationales and outcomes. *J psychosom Res*, 2000;48:443-454.
31. McCandless-Glimcher L, McKnight S, Hamera E, Smith BL, Peterson KA, Plumlee AA. Use of symptoms by schizophrenics to monitor and regulate their illness. *Hosp Community Psychiatry* 1986;37(9):929-933.
32. McFarlane WR, Lukens L, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, Dunne EJ, Horen B, Toran J. Multiple-family Groups and psycho education in the treatment of Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:679-687.
33. Moller MD, Murphy MF. The three RS Rehabilitation program: A prevention Approach for the management of relapse symptoms Associated with psychiatric Diagnoses. *Psychiatric rehabilitation Journal* 1997;20(3):282-286.
34. Molnar G, Freeney MG, Fava GA. Duration and symptoms of bipolar prodromes. *American Journal of Psychiatry* 1988;145:1576-1578.
35. OMS. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid, Meditor; 1992.
36. Olmsted MP, Daneman D, Rydall AC, Lawson ML, Rodin G. The effects of psycho education on disturbed eating attitudes and behaviour in young women with type 1 diabetes mellitus. *Int J eat disord* 2002;32:230-239.
37. Peet M, Harvey NS. Lithium maintenance: I.A Standard education program for patients. *Br J Psychiatry* 1991;158: 197-200.
38. Perry A, Tarrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ* 1999;318:149-143.
39. Pharoah FM, Mari JJ, Streiner D. Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review). Oxford, Update Software; 2000.
40. Rebolledo S, Lobato MJ. Psicoeducación para personas vulnerables a la esquizofrenia. En: Caballo VE, editores. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1. Madrid, Siglo Veintiuno de España Editores, SA; 1997:635-61.
41. Reinares M, Colom F, Martínez Arán A, Benabarre A, Vieta E. Therapeutic interventions focused on the family of bipolar patients. *Psychoter Psychsom* 2002a;71:2-10.
42. Reinares M, Vieta E, Colom F, Torrent C, Comes M, Benabarre A, Goikolea JM, Corbella B. Intervención familiar de tipo psicoeducativo en el trastorno bipolar. *Rev psiquiatría Fac Med Barna* 2002b;29(2):97-105.
43. Schooler NR, Keith SJ, Severe JB, Matthews S. Treatment Strategies in Schizophrenia collaborative study group. Acute treatment response and short term outcome in schizophrenia: First results of the NIMH treatment strategies in schizophrenia study. *Psychopharmacology Bulletin* 1995;25(3): 331-335.
44. Sullwold L, Herlich J. Providing Schizophrenic Patient with a concept of illness. An essential element of therapy. *Br J Psychiatry* 1992;161(18):129-132.
45. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C. The community management of schizophrenia. A controlled trial of Beha-

- vioural interventions with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry* 1988;153:532-542.
46. Van Gent EM, Vida SL, Zwart FM. Group therapy in addition to lithium therapy in patients with bipolar disorders. *Acta Psychiatr Belg* 1988;88:405-418.
47. Varela C. La influencia de la familia en el paciente esquizofrénico. Tesis para obtener el grado de maestro en psicología. Universidad de Sonora.
48. Zubin J, Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of abnormal Psychology* 1977;(86):103-26.

ENFERMEDAD MENTAL Y DISCAPACIDAD VISUAL EN LOS PISOS SUPERVISADOS

OLGA MORALEJO MORENO
SANDRA SÁNCHEZ GARCÍA

Monitoras.

Miniresidencia San Juan Bautista, Hermanas Hospitalarias. Madrid.

Recepción: 13-07-10 / Aceptación: 20-07-10

RESUMEN

El artículo desarrolla el proceso de incorporación de una usuaria diagnosticada de trastorno límite de personalidad que además, presenta una discapacidad visual (ceguera total o amaurosis), a un piso supervisado para personas con enfermedad mental grave y crónica. En él se exponen los diferentes aspectos trabajados para dicha incorporación, adaptados a la discapacidad visual que padece. El trabajo describe una fase previa de preparación desde la miniresidencia San Juan Bautista; en la que llevaba residiendo dos años; donde se hace un entrenamiento en limpieza y cocina. Además de realizar visitas al piso y conocimiento del entorno, con la ayuda de una técnico de movilidad de la ONCE. Otra fase centrada en diferentes adaptaciones necesarias en el piso, durante la incorporación al mismo. Y por último, se detallan intervenciones individualizadas y aspectos referidos a la convivencia, una vez finalizada dicha incorporación al piso supervisado.

Palabras clave

Piso supervisado, discapacidad visual, adaptaciones, enfermedad mental.

ABSTRACT

The article develops the process of incorporation of one woman diagnosed of disorder limit of personality that in addition, she presents a visual disability (total blindness), to a supervised flat for persons with serious and chronic mental illness. In it they are exposed, the different aspects worked for the above mentioned incorporation, adapted to the visual disability that she suffers. The work describes a previous phase of preparation from the Miniresidence San Juan Bautista; in the one that was going residing two years; where training is done in cleanliness and cuisine. Beside realizing visits to the flat and knowledge of the environment, with the help of one technician of mobility of the ONCE. Another phase centred on different necessary adjustments on the flat, during the

incorporation to the same one. And finally, there are detailed individualized interventions and aspects referred to the living together, once the finished above mentioned incorporation to the supervised flat.

Keywords

Supervised flat, visual disability, adjustments, mental illness.

INTRODUCCIÓN

Se desarrollará a continuación, el proceso de incorporación a un piso supervisado, dirigido a personas con enfermedad mental (grave y crónica), de una usuaria con discapacidad visual y diagnosticada de trastorno límite de personalidad. Hay que mencionar que dicha usuaria lleva viviendo en una miniresidencia para personas con enfermedad mental dos años.

Con el fin de llevar a cabo la incorporación de la usuaria al piso supervisado se realizaron los siguientes pasos:

1. Valoración por parte de profesionales.
2. Presentación de la propuesta a la usuaria.
3. Visita al piso.
4. Primeras adaptaciones.
5. Entrenamiento previo a la incorporación.
6. Incorporación y estancia en el piso.
7. No todo se puede adaptar.

1. VALORACIÓN POR PROFESIONALES

En coordinaciones del Centro de Salud Mental y la miniresidencia, se valora el cumplimiento de objetivos de la usuaria en dicha miniresidencia y se propone la derivación al piso supervisado.

Tras esta decisión, se contacta con la ONCE para pedirles, de nuevo, apoyo en esta futura incorporación.

1.1. Coordinación con la ONCE

Un técnico de movilidad de la ONCE conoce el piso, con la finalidad de valorar si es viable la adaptación del mismo, teniendo en cuenta las necesidades de la usuaria, respecto a su discapacidad visual. Nos aconseja sobre el dormitorio y el mobiliario indispensable de éste, valora el resto del piso, explica formas de adaptación y aporta pautas generales que podrían facilitar la convivencia.

Con toda la información que dicha técnico nos aporta concluimos que la incorporación se puede llevar a cabo.

2. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA A LA USUARIA

Los profesionales de la miniresidencia y pisos se reúnen con la usuaria para exponerle la posibilidad de la incorporación y para que ella misma aporte ideas sobre aspectos que considere necesarios para iniciar la adaptación del piso. Por otro lado, en una reunión de convivencia con las usuarias del piso, se les informa de la nueva entrada.

3. VISITA AL PISO

En esta primera visita conoce:

- *A las compañeras*: les explica su discapacidad visual.
- *El piso*: detecta las primeras necesidades de adaptación que desde la miniresidencia se consideran posibles.
- *La zona*: se acuerdan primeros entrenamientos con técnico de movilidad.

4. PRIMERAS ADAPTACIONES

En tutorías, la usuaria pasa a Braille la documentación referente al piso (derechos y deberes, contrato de estancia...).

Por otro lado, se adaptan diferentes materiales que va a usar en el piso (microondas, vitrocerámica, lavadora...) utilizando pegatinas en relieve. También se compran utensilios de cocina de plástico para que en el caso de que se caigan no se rompan y facilitar que se recoja. Del mismo modo se habilitan espacios personales (baño, cocina...), haciendo hincapié a sus compañeras en la importancia de respetar el lugar en el que la usuaria colocará sus enseres, para que ésta los tenga siempre localizados. Por último se llevan al piso materiales que empleaba en la miniresidencia (escoba, aceitera...) con los que ya estaba familiarizada.

5. ENTRENAMIENTO PREVIO A LA INCORPORACIÓN

En primer lugar y antes de incorporarse al piso, la usuaria realiza un taller de cocina en la miniresidencia y se aumenta la frecuencia de la limpieza de la habitación y el baño.

Por otro lado, en varias ocasiones va al piso para conocer el edificio y aprender a identificar la puerta del portal, la de la casa, el buzón y el ascensor. Después de esto, comenzamos con las primeras visitas y estancias en el piso, donde dedica un tiempo al entrenamiento por la zona con la técnico de movilidad de la ONCE (medios de transporte, supermercado, farmacia y banco).

6. INCORPORACIÓN Y ESTANCIA EN EL PISO

Durante la incorporación y después de la misma, en el día a día, surgen nuevas

necesidades de adaptación como la compra de un nuevo microondas que no sea digital y una aspiradora que garantiza una mejor limpieza.

6.1. Intervenciones individualizadas

Estas intervenciones se realizan en diferentes áreas:

- Limpieza de zonas comunes y de su propia habitación.
- *Aseo*: su discapacidad hace que resulte difícil mantener el baño limpio tras cepillarse el pelo y lavarse los dientes, por lo que se inicia un entrenamiento específico.
- *Alimentación*: además de planificar con ella las comidas, se le acompaña a la compra ya que los supermercados aún no están adaptados; y se organiza la colocación e identificación de los alimentos.
- *Tratamiento y citas*: con supervisión directa preparamos tratamiento semanal y recordamos las citas más próximas dejando preparados los documentos necesarios para las mismas.
- Comienza a ir al Centro de Rehabilitación Laboral, por lo que de nuevo nos encontramos con otro recorrido que entrenar. En esta ocasión la técnico de la ONCE no puede dar apoyo, por lo que son las monitoras de pisos y la propia usuaria las que lo hacen.

6.2. Convivencia

Se emplean varias Reuniones Convivenciales pues surgen dudas por parte de las compañeras, en el día a día, sobre cómo actuar en determinadas ocasiones.

En general se pretenden transmitir dos ideas básicas:

1. Entender las limitaciones de la discapacidad de su compañera.

2. Respetar sus tiempos a la hora de realizar diferentes tareas.

Dichas limitaciones suponen dificultades en ciertas actividades como bajar la basura y encender y apagar la caldera, por lo que sus compañeras asumen tales tareas. Del mismo modo se comprometen a mantener el mobiliario y determinados utensilios del piso, siempre en el mismo lugar, previamente acordado.

7. NO TODO SE PUEDE ADAPTAR

Tras todo este trabajo llevado a cabo y en un afán de facilitar todos los aspectos de la vida de la usuaria, concluimos que no todas las cosas pueden ser adaptadas, si no que en muchas ocasiones, es la propia persona, quien se tiene que adaptar a ciertas circunstancias.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN MINIRESIDENCIAS

VALLE PORTACELLI GUTIÉRREZ

Terapeuta Ocupacional. Miniresidencia San Miguel, Hermanas Hospitalarias. Madrid.

CARMEN GARRIDO MANZANARES

Terapeuta Ocupacional. Miniresidencia Retiro, Hermanas Hospitalarias. Madrid.

ALMUDENA RAMÍREZ MACÍAS

Terapeuta Ocupacional. Miniresidencia Aravaca, Hermanas Hospitalarias. Madrid.

YOLANDA RISUEÑO

Monitora Ocupacional. Miniresidencia Carabanchel, Hermanas Hospitalarias. Madrid.

LEONOR CHAMORRO MERA

Terapeuta Ocupacional.

Centro Residencial de Rehabilitación Badajoz, Hermanas Hospitalarias. Badajoz.

ANA CASTAÑO

Terapeuta Ocupacional. Miniresidencia San Juan Bautista, Hermanas Hospitalarias. Madrid.

MARÍA JOSÉ DEL MORAL

Monitora Ocupacional. Miniresidencia San Juan Bautista, Hermanas Hospitalarias. Madrid.

ROCÍO MUÑOZ

Monitora Ocupacional. Miniresidencia San Miguel, Hermanas Hospitalarias. Madrid.

ANA FERNÁNDEZ

Terapeuta Ocupacional. Miniresidencia Carabanchel, Hermanas Hospitalarias. Madrid.

VERÓNICA MARTÍNEZ TORRALBA

Monitora Ocupacional. Miniresidencia Retiro, Hermanas Hospitalarias. Madrid.

ANA ARGUINZONIZ MORALEDA

Psicóloga. Miniresidencia Retiro, Hermanas Hospitalarias. Madrid.

AMANDA CASTELLANOS REDONDO

Terapeuta Ocupacional. Miniresidencia Aravaca, Hermanas Hospitalarias. Madrid.

AMAYA MANRIQUE ARAQUE

Terapeuta Ocupacional. Miniresidencia San Juan Bautista, Hermanas Hospitalarias. Madrid.

MARÍA DEL MAR BARROSO MARTÍN

Psicóloga. Centro Residencial de Rehabilitación Badajoz, Hermanas Hospitalarias. Badajoz.

INÉS MARÍA ORTEGA LEPE

Terapeuta Ocupacional.

Centro Residencial de Rehabilitación Badajoz, Hermanas Hospitalarias. Badajoz.

Recepción: 13-07-10 / Aceptación: 20-07-10

RESUMEN

El protocolo recoge los criterios fundamentales en base a los cuales se ha diseñado la intervención en este tipo de recurso, así como las áreas, programas y talleres mediante los que dicha intervención se lleva a cabo. Para ello se ha considerado que las miniresidencias son recursos de rehabilitación en los que la persona ha de ir progresando en los objetivos relacionados con su competencia personal, social y su funcionamiento ocupacional, sin perder la perspectiva de que es un lugar en el que van a llevar a cabo su vida cotidiana. Se ha pretendido elaborar un diseño que favorezca que las personas que acceden al recurso, puedan llevar a cabo actividades y tareas que les permitan participar en aquellos roles que configuran su identidad, sentirse útiles e integrados socialmente y tener una vida gratificante y de calidad.

Palabras clave

Miniresidencia, protocolo, intervención, rehabilitación, roles, ocupacional, actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, ocio, competencia personal, competencia social.

ABSTRACT

The protocol develops the main criteria on which the design of the intervention in this type of centre is based, as well as the areas, programs and workshops held to carry out the intervention. For this purpose, it has been considered that 'miniresidencias' (Group Homes) are rehabilitation resources where the person has to keep on progressing in the goals

related to his personal and social competence and his occupational performance, without losing the perspective that it is a place where they are going to carry out their daily life. It has been intended to develop a design to enable the people who access the resource to be able to carry out activities and tasks which allow them to participate in those roles which form their identity, to feel useful and socially integrated and to have a satisfying quality of life.

Keywords

Miniresidencia (Group Home), protocol, intervention, rehabilitation, roles, occupational, basic activities of daily living, instrumental activities of daily living, leisure, personal competence, social competence.

INTRODUCCIÓN

En base a los fundamentos teóricos en los que se basa el Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica, y las necesidades más frecuentes que presentan las personas que acceden al recurso, se considera establecer unas líneas o programas de intervención que engloben los siguientes planteamientos.

Existen unos objetivos generales de acceso a la miniresidencia como son los de alojamiento y manutención, aumento de autonomía, separación del ambiente familiar y la transición o preparación para la vuelta al hogar, un piso supervisado..., a los que se da cobertura de manera implícita a la incorporación de la persona al recurso, contando con los servicios mínimos que ofrece.

Las miniresidencias son recursos de

rehabilitación en los que las personas van a llevar a cabo su vida cotidiana. En este sentido se considera necesario que el diseño de los programas de intervención que se lleven a cabo, se correspondan con actividades y tareas que cualquier persona realiza en su día a día. Todo esto, sin perder la perspectiva de que a través de los mismos pueda ir progresando en sus objetivos de rehabilitación, tanto relacionados con sus aspectos más generales a nivel ocupacional (estructuración de hábitos, desempeño de roles...), como con los más específicos en relación a las destrezas y capacidades (cognitivas, motrices, de interacción...) y a su competencia personal y social (autoconcepto, autoestima, autocontrol, estado de ánimo, habilidades sociales...).

Además es importante que la metodología general de intervención se diseñe teniendo en cuenta el poder favorecer que la persona aumente la confianza en sí misma, su sentido de eficacia y el control sobre su vida (empowerment), y se dirija a que mantenga un funcionamiento satisfactorio en el que pueda llevar a cabo aquellos roles que configuran su identidad, participando de manera equilibrada en ocupaciones destinadas a su cuidado personal, a que se sienta útil e integrado socialmente y a que tenga una vida gratificante y de calidad (recovery).

Teniendo en cuenta lo anterior, se pueden considerar dos vertientes de intervención que han de quedar incluidas en el diseño de la misma:

Lograr el funcionamiento psicosocial más autónomo y satisfactorio, relacionado con la participación social y la integración comunitaria.

Esto conlleva la participación de la persona en actividades y ocupaciones en

recursos comunitarios. Como es el caso de cualquier persona en su domicilio, este es el lugar en el que vive, duerme, come..., pero menos frecuentemente, es el lugar en el que trabaja, estudia o lleva a cabo ciertas actividades de ocio como hacer ejercicio o hacer teatro. Este nivel de intervención requiere el diseño de programas y actividades, que permitan a la persona mantener un funcionamiento lo más autónomo posible a nivel de sus actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria, así como programas grupales o atenciones individualizadas dirigidas a fomentar la integración comunitaria, para la participación de la persona en ocupaciones relacionadas con el estudio, el trabajo, el ocio y la participación social.

Lograr el funcionamiento psicosocial más autónomo y satisfactorio posible, mediante la participación en ocupaciones y actividades en la miniresidencia.

En algunos casos las personas que viven en las miniresidencias, tienen grandes dificultades para llevar a cabo ciertas ocupaciones o actividades en recursos comunitarios (trabajo, estudios...). Siempre es importante no perder la perspectiva de que la integración, en la mayoría de los casos, está determinada por el grado de apoyo que se ofrezca. Priorizando siempre esta idea, en ocasiones para favorecer que estas personas disfruten de la mayor calidad de vida posible, es importante que puedan participar, dentro de la miniresidencia, en actividades y programas que les permitan compensar estas limitaciones y mantener el desempeño de ocupaciones relacionadas con las áreas de actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, estudios, trabajo, ocio y participación social.

PROGRAMACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Dadas las características del recurso y los aspectos comentados con anterioridad, se ha considerado estructurar la programación atendiendo a tres áreas principales:

- Área ocupacional.
- Área de competencia personal.
- Área de competencia y participación social.

Dentro de la primera se distinguen otros cuatro apartados que atienden a la clasificación de las actividades cotidianas en las que participa cualquier persona:

- Actividades básicas de la vida diaria.
- Actividades instrumentales de la vida diaria.
- Estudios, trabajo y voluntariado.
- Ocio.

En cada una de las áreas se han reflejado los objetivos generales relacionados con ellas, de manera que orienten para el establecimiento de la intervención con cada persona en base a su Plan Individualizado de Atención Residencial.

Los programas de intervención que se han establecido para el abordaje de cada objetivo incluyen una serie de diseños (atenciones individuales, talleres, actividades...) prioritarios o imprescindibles, que se corresponden con aquellos que se ha considerado que deben estar presentes en el funcionamiento de cualquier mini-residencia, y otros secundarios o auxiliares, que se corresponden con aquellos que se pueden organizar en determinados períodos en base a las necesidades espe-

cíficas de los usuarios que residen en ese momento y las características de cada recurso.

Las personas pueden presentar diferentes niveles de autonomía en la realización de las tareas y actividades de la miniresidencia como en la limpieza de espacios personales y comunes, cuidado de la ropa, etc., y por tanto requerirán diferentes grados de apoyo por parte de los profesionales.

1. ÁREA OCUPACIONAL

1.1. Actividades básicas de la vida diaria

Objetivo

■ Mejorar el desempeño y adecuar los hábitos de higiene, sueño y alimentación.

Programa de autocuidados y educación para la salud

- Atenciones individuales que incluyen la recogida de información en relación a las diferentes actividades que implica el autocuidado y la educación para la salud, análisis de la misma mediante la observación y la comunicación con la persona, el establecimiento de objetivos y metodología para conseguirlos, que puede incluir desde el apoyo directo a la supervisión indirecta o el respeto de la autonomía de la persona. Se lleva a cabo con el soporte de un registro de seguimiento en autocuidados que incluye las siguientes tareas relacionadas con esta área: ducha, cabello, cambio de ropa, afeitado/depilación, menstruación, incontinencia.
- Taller de actividad física, que puede incluir desde paseo, hasta ejercicio físico, baile, piscina, relajación, deportes, yoga, psicomotricidad...

TABLA I
Actividades básicas de la vida diaria

Objetivos	Programas	Metodología/talleres
– <i>Mejorar desempeño y adecuar hábitos de higiene, sueño y alimentación.</i>	Programa de autocuidados y educación para la salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Atenciones individuales: higiene, sueño, alimentación, tabaco... • Taller de actividad física. • Taller de educación para la salud. • Taller de imagen personal.
– <i>Manejar aspectos relacionados con el cuidado de la salud mental.</i>	Programa de psicoeducación y autoadministración de la medicación.	<ul style="list-style-type: none"> • Atenciones individuales: administración de la medicación, psicoeducación y citas médicas. • Taller de psicoeducación.

- Atenciones individuales en las que se llevan a cabo planificaciones y contratos de apoyo en administración del tabaco.

Además se pueden abordar estos objetivos mediante:

- Taller de educación para la salud. Algunos de los contenidos que puede incluir este taller son: higiene y aseo, alimentación saludable, hábitos de sueño, ejercicio físico, enfermedades más frecuentes, recursos sanitarios, sexualidad, prevención del consumo de tóxicos, etc.
- Taller de imagen personal / Ponte guapo / Belleza / Estética.

Objetivo

■ Manejar los aspectos relacionados con el cuidado de la salud mental (autoadministrarse la medicación, asistir a las citas médicas...).

Programa de psicoeducación y autoadministración de la medicación

- Atenciones individuales en las que durante la preparación de la medicación

se trabaje: la autoadministración de la medicación (toma de medicación en las comidas, rellenado de cajetín, recuento y previsión de medicación...), psicoeducación y prevención de recaídas y la gestión de citas médicas.

Además se puede abordar esta necesidad mediante:

- Taller de psicoeducación que puede ser a través de atenciones individuales con el psicólogo o de manera grupal.

1.2. Actividades instrumentales de la vida diaria

Objetivos

■ Mejorar sus conocimientos y habilidades, así como adecuar sus hábitos para llevar a cabo tareas domésticas como la limpieza, el cuidado de la ropa o la cocina.

■ Aumentar las destrezas o la competencia para mantener un hogar (averías, reparaciones, procedimientos de seguridad, respuestas de emergencia...).

Programa de tareas y mantenimiento doméstico

- *Limpieza de espacios personales (habitación y baño):* en la realización de la limpieza, además, habrá que valorar el orden, la limpieza y el uso adecuado de los productos y materiales de limpieza.
- *Lavadora:* los usuarios realizarán el cuidado de su ropa, y por tanto se encargarán de poner la lavadora, tender, planchar y doblar la ropa. Se valorará el uso adecuado de los productos y materiales necesarios como detergente, plancha, etc. También se realizarán otros cuidados como coser la ropa y ordenar el armario.
- *Taller de cocina:* el programa suele tener carácter grupal, aunque en función de los objetivos de cada persona, puede realizarse de forma individual; sobre todo en aquellas personas que vayan a vivir de forma más autónoma en un período corto de tiempo.

La participación en el programa implica la planificación del plato, la búsqueda y elección de la receta, realización del listado de ingredientes necesarios así como un presupuesto de compra, elección de productos adecuados al plato y al presupuesto, la compra y conservación adecuada de los alimentos, la elaboración del plato, utilización de procedimientos de seguridad e higiene y la limpieza posterior de utensilios y de la cocina.

Para la intervención en estas actividades se utiliza una ficha de seguimiento de autocuidados que incluye las siguientes tareas relacionadas con estas actividades: cuidado de la ropa, tareas domésticas de limpieza, cocina.

Además se puede abordar esta necesidad mediante:

- Taller de mantenimiento doméstico, en el que bien de manera individual o grupal, se aborda la estructuración de unos hábitos y rutinas relacionadas con las tareas domésticas y se realiza un entrenamiento para el mantenimiento de la casa (prevención de riesgos, reparaciones, averías...) de cara a la incorporación de la persona a un alojamiento de mayor autonomía (pisos supervisados, domicilio...).

Objetivo

■ Mejorar la administración económica y el uso del dinero.

Programa de administración económica

- Atenciones individuales en las que se llevan a cabo planificaciones y contratos de apoyo en administración económica. Para ello se tendrá en cuenta el apoyo para la administración económica que se ha llevado a cabo hasta el momento por parte de otros recursos, la cuantía de la pensión, su procedencia, si el modo de administración es propia, por parte de familiares, agencia de tutela, la previsión a la salida del residente (otra institución, piso supervisado, casa propia, casa con otros familiares...).
- Atenciones individuales o grupales en las que se lleve a cabo un entrenamiento en el manejo del dinero cuando la persona utilice diferentes recursos comunitarios (comercios, bancos, cine...).

Además se puede abordar esta necesidad mediante:

- Taller de cultura básica (cálculo...) individual o grupal.

TABLA II
Actividades instrumentales de la vida diaria

Objetivos	Programas	Metodología/talleres
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Mejorar conocimientos y habilidades, adecuar hábitos para llevar a cabo tareas domésticas.</i> - <i>Aumentar destrezas o competencias para mantener un hogar (averías, reparaciones, respuestas de emergencia...).</i> 	Programa de tareas y mantenimiento doméstico	<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza de habitación y baño. • Lavadora. • Taller de cocina. • Taller de mantenimiento doméstico.
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Mejorar la administración económica y el uso del dinero.</i> 	Programa de administración económica	<ul style="list-style-type: none"> • Planificaciones y contratos de administración económica. • Entrenamiento en el manejo del dinero cuando se utilicen diferentes recursos comunitarios (comercios, bancos, cine). • Taller de cultura básica (cálculo...).
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Aumentar su autonomía o compensar dificultades para el manejo en la comunidad (transportes, tiendas, bancos...).</i> 	Programa de integración comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamientos: entrenamiento para el manejo en recursos. • Taller grupal de integración comunitaria.

Objetivo

■ Aumentar su autonomía o compensar dificultades para el manejo en la comunidad (transportes, tiendas, bancos, recursos sanitarios...).

Programa de integración comunitaria (conocimiento y participación en recursos)

- En base a las necesidades de cada persona se llevan a cabo acompañamientos durante los cuales se analizan cuáles son sus dificultades y capacidades para el manejo en recursos (sanitarios, comercios, bancos...), se comparte información sobre en qué consiste cada

recurso, cómo funciona, características específicas, se establece una metodología para que la persona vaya mejorando sus dificultades y aumentando su autonomía.

Además se puede abordar esta necesidad mediante:

- Taller grupal de integración comunitaria (conocimiento y participación).

1.3. Educación, trabajo y voluntariado

Objetivo

■ Participar o desarrollar de manera eficaz una actividad u ocupación (de ca-

rácter educativo, laboral o de voluntariado) que le permita sentirse útil en función de sus valores, intereses y metas u objetivos.

Programa de compensación productiva

En él se llevan a cabo actividades propias de la convivencia, considerándose productivas al suponer un beneficio para otros:

- *Limpieza de zonas comunes:* cada usuario realiza una vez por semana las tareas de limpieza de zonas comunes, por la mañana o por la tarde, realizándose la tarea en grupos o individualmente de lunes a viernes. Las tareas propias del programa de limpieza de zonas comunes pueden ser: barrer, limpiar el polvo y ceniza de las mesas, limpiar ceniceros, cambiar las bolsas de basura y fregar la sala de fumadores, baños, sala de TV...
- *Comedor:* cada usuario realiza las tareas de comedor, en beneficio del resto de compañeros, y las recibe igualmente por parte de éstos el resto de la semana. En cada miniresidencia variarán cuáles de ellas se llevan a cabo, siendo imprescindibles la de poner las mesas y barrer el comedor al acabar la comida y la cena. También se podrán realizar otras tareas como: colocar platos sucios en el lavavajillas, limpiar las pilas y encimera, etc.
- *Cocina:* el programa de cocina no se concibe solamente como metodología del trabajo de actividades instrumentales de la vida diaria, si no que forma también parte de las actividades de compensación laboral/productiva. Según este enfoque, cada usuario de cada uno de los grupos de cocina se encarga de elaborar una parte del plato, que comerán al finalizarlo todos los parti-

cipantes del mismo. Igualmente puede haber personas que se encarguen de preparar algo para los demás, para una fiesta, etc., lo cual conlleva el beneficio social propio de las actividades productivas.

- *Reciclaje:* en cada recurso y teniendo en cuenta las necesidades e intereses de los residentes, esta tarea la pueden llevar a cabo el 100 % de las personas o uno o varios usuarios responsables del reciclaje. Los responsables se encargan de recoger los materiales reciclados y llevarlos a los contenedores correspondientes de la calle.
- *Lavandería:* en la miniresidencia existe servicio de lavandería para el cuidado de la ropa de cama y de aseo. Las personas que residen en el recurso se pueden implicar en las diferentes tareas, que estarán determinadas en base a las características del servicio de lavandería del que disponga cada miniresidencia. Las tareas pueden incluir desde trasladar las sábanas y las toallas al lugar donde se lleve a cabo dicho servicio, hasta colaborar con el personal de lavandería en poner las lavadoras y secadoras, doblar y planchar las sábanas y toallas, colocarlas en los espacios donde se almacenan...

Siempre que sea posible se priorizará el apoyo para la incorporación en actividades productivas (formativas, laborales o de voluntariado) en la comunidad.

Además se pueden organizar otras actividades o talleres, individuales o grupales, en base a los intereses, roles pasados y habilidades de los usuarios mediante los cuales se pueda trabajar este mismo objetivo:

- *De carácter formativo:* implica organizar actividades que se correspondan

TABLA III
Estudios, trabajo y voluntariado

Objetivos	Programas	Metodología/talleres
<p>– <i>Participar o desarrollar de manera eficaz una ocupación (educativa, laboral o de voluntariado) que permita sentirse útil en función de valores, intereses y objetivos.</i></p>	<p>Programa de compensación productiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades propias de la convivencia, que suponen beneficio para otros: <ul style="list-style-type: none"> – Limpieza de espacios comunes. – Comedor. – Lavandería. – Reciclaje. – Cocina. • Incorporación en actividades productivas en la comunidad. • Cultura, informática, periódico, jardinería, costura, biblioteca, actualidad, taller solidario...

con la historia formativa previa o intereses actuales de las personas que residen en el recurso (cultura, informática...).

- *De carácter laboral:* incluye la organización de actividades que se correspondan con la historia laboral de la persona, así como roles o intereses actuales o pasados (elaboración de un periódico, jardinería, limpieza general, mantenimiento de la miniresidencia, costura, biblioteca...). Igualmente pueden ser actividades individuales o grupales, en base a las personas que se puedan beneficiar de las mismas en cada momento.
- *De voluntariado:* consiste en la organización de actividades que impliquen un beneficio social, tanto hacia organizaciones externas como dentro del recurso (taller solidario, cuidado de mascotas, cadena de favores, apoyo en la acogida...).

La participación en estas actividades será voluntaria, contando con asesoramiento de los profesionales para dar cobertura a los objetivos de cada persona. Pueden ser individuales o grupales. Su diseño y organización son muy dinámicos, ya que dependerán de los usuarios que haya en cada momento en el recurso (en el caso de estancias cortas y transitorias), de sus intereses, roles, habilidades.

1.4. Ocio

Objetivos

- Identificar intereses para participar en actividades gratificantes relacionadas con los mismos.
- Ampliar el conocimiento de actividades nuevas y recursos comunitarios donde desarrollarlas.
- Adquirir y desarrollar estrategias para planificar u organizar el uso satisfactorio del tiempo libre.

Programa de ocio

El programa de ocio consta de cuatro abordajes metodológicos que se describen a continuación:

- Una oferta de actividades estructuradas de ocio, relacionadas con diversos contenidos y estilos, de manera que dé cabida a los intereses de ocio que puedan tener las diferentes personas que viven en la miniresidencia:
 - *Actividad física*: deporte, piscina, baile, paseos y ejercicio físico.
 - *Actividades culturales*: música, lectura, salidas culturales, vídeo-forum...
 - *Actividades creativas*: pintura, escayola, cuero, abalorios...
 - *Juegos de mesa y pasatiempos*: parchís, cartas, damas, ajedrez, fútbolín...
- Atenciones individuales, en las que se analizan con la persona sus potencialidades y dificultades para emplear el tiempo libre de manera satisfactoria y el establecimiento de estrategias para mejorar su funcionamiento en esta área.

- *Ocio en el tiempo libre*: apoyo para la participación en actividades de ocio durante el tiempo libre a cada persona que reside en el recurso, en base a sus intereses, potencialidades y necesidades en esta área. Para ello, se dispondrá de un listado de intereses de cada persona. Los profesionales motivarán y ofrecerán la participación en dichas actividades una vez identificados los objetivos e intereses personales. Por otra parte, se favorecerá la disposición del material de manera accesible facilitando que cada persona pueda utilizarlo en cualquier momento de su tiempo libre.

Además estos objetivos se pueden abordar mediante la organización de:

- *Grupos de ocio*: diseño grupal en el que participan aquellas personas que presentan dificultades para utilizar su tiempo libre de manera satisfactoria. Durante las sesiones del grupo, se identifican las potencialidades y dificultades, se analizan las necesidades y en base a ello, se establecen los objetivos y la metodología para conseguirlos. Esto se lleva a cabo mediante la utilización de múltiples registros para

TABLA IV

Ocio

Objetivos	Programas	Metodología/talleres
<ul style="list-style-type: none"> – <i>Identificar intereses de ocio.</i> – <i>Ampliar el conocimiento de actividades nuevas y recursos comunitarios.</i> – <i>Adquirir y desarrollar estrategias para planificar u organizar el uso satisfactorio del tiempo libre.</i> 	Programa de ocio.	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de ocio planificadas: <ul style="list-style-type: none"> – Actividad física. – Actividades culturales. – Actividades creativas. – Juegos de mesa y pasatiempos. • Atenciones individuales. • Ocio en el tiempo libre. • Grupos de ocio.

TABLA V
Competencia personal

Objetivos	Programas	Metodología/talleres
<p>Adecuar o mejorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>El autoconcepto.</i> - <i>La autoestima.</i> - <i>El sentido de eficacia.</i> - <i>El estado de ánimo.</i> - <i>El estilo y estrategias de afrontamiento y manejo de síntomas.</i> 	<p>Esta área se trabajará a través de todos los programas citados anteriormente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atenciones individuales. • Taller de relajación. • Taller de afrontamiento.

evaluar necesidades, intereses, plantear objetivos y metodología, realizar el seguimiento y planificar un uso satisfactorio del tiempo libre.

Incluye una planificación semanal de actividades de ocio individual y grupal por parte de cada participante, así como una planificación de actividades tanto dentro del recurso, como en la comunidad. Esta planificación se revisa quincenalmente.

2. ÁREA DE COMPETENCIA PERSONAL

Objetivo

■ Adecuar o mejorar aspectos como el autoconcepto, la autoestima, el sentido de eficacia, el estado de ánimo y el estilo y estrategias de afrontamiento y manejo de síntomas.

Esta área se trabajará a través de todos los programas citados anteriormente, con mayor o menor peso en cada una de ellos. Ocasionalmente pueden desarrollarse talleres de relajación, autoestima, afrontamiento...

Las atenciones individuales y talleres específicos mencionados, son las inter-

venciones complementarias imprescindibles para el abordaje de los objetivos relacionados con esta área. Es frecuente que sean llevadas a cabo por el/la psicólogo/a del recurso y en función de las necesidades valoradas por el equipo, por el/la monitor/a de referencia o el/la terapeuta ocupacional.

3. ÁREA DE COMPETENCIA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Objetivos

- Aumentar el contacto interpersonal.
- Retomar o establecer una red social.
- Mejorar habilidades sociales suficientes para la convivencia y la participación en los diferentes contextos sociales (familia, comunidad, amigos...).

La participación social se aborda de manera transversal desde la mayoría de los programas descritos con anterioridad y en lo que se relaciona directamente con la convivencia se puede abordar mediante actividades y programas como:

- *Asamblea:* la asamblea se celebrará al menos una vez por semana y en ella se tratarán todos los temas que afecten al

funcionamiento del Centro como cambios de horarios y actividades, transmitir información, recoger sugerencias y propuestas de usuarios así como buscar conjuntamente soluciones. Pueden participar todos los usuarios, no siendo obligatorio para ellos, y dependiendo de cómo se establezca en cada centro, podrán participar los distintos profesionales siendo lo habitual el/la Terapeuta Ocupacional y/o monitores. De cada sesión se levantará acta por el secretario (que puede ser un usuario o un profesional), posteriormente se publicará en el tablón de anuncios para que, tanto profesionales como usuarios, puedan acceder a ella. Serán publicadas también las aportaciones que los usuarios hagan a través del Buzón de sugerencias. Los contenidos de Asamblea y Buzón de sugerencias se comentarán en las reuniones de equipos.

- *Actividades sociales:* celebraciones, fiestas, cumpleaños, tertulia, café literario...

Cuando las necesidades detectadas lo requieran, también se pueden abordar los objetivos en relación a la competencia y participación social mediante:

- *Intervención familiar:* el papel que juega la familia en todo el proceso rehabilitador es complejo y largo, en ocasiones, puede ser conflictivo. Sin embargo, ésta cumple una función muy importante desde distintas perspectivas, ya que actúa como un elemento de soporte frente a posibles recaídas, como un elemento facilitador de cambios y se relaciona con el sentido de identificación y pertenencia a un grupo.

La intervención realizada con la familia desde la MR, se lleva a cabo cuando la persona y los profesionales la consideran

oportuna, y siempre de manera consensuada entre ambas partes. Tiene 3 etapas principales:

1. Consiste en la primera toma de contacto que tiene la familia con el recurso, puede ser telefónica o presencial. En ella se le explica a los familiares en qué consiste el recurso, qué objetivos se pueden trabajar y de qué modo, se valoran las expectativas que tienen y se reajustan en caso de ser necesario, se realizan acuerdos respecto a visitas, apoyos compartidos, temas económicos, etc. En esta etapa comienza una relación que ha de basarse en la comunicación, la empatía y el apoyo mutuo.

Generalmente en esta primera fase intervienen el/la director/a y el/la psicólogo/a.

2. Aquí se incluyen las intervenciones que realizan monitoras/es, psicólogo/a y terapeuta ocupacional. Las intervenciones van encaminadas a cubrir las necesidades que van surgiendo en el día a día, como por ejemplo, petición de dinero para determinadas compras, resolver las dificultades que aparecen durante las salidas del/a usuario/a al domicilio familiar, coordinación para determinar si es necesario realizar un acompañamiento (bien por profesionales de la MR o por la familia), devolverle a la familia la evolución del/a usuario/a (destacando principalmente los aspectos positivos), valorar la impresión de la familia sobre dicha evolución, atención a la familia cuando acude a la MR de visita, etc.

3. Esta última fase va orientada a preparar la salida del/a usuario/a a su domicilio familiar o a otro recurso. Aquí se establecen pautas y estrategias de

TABLA VI
Competencia y participación social

Objetivos	Programas	Metodología/talleres
<ul style="list-style-type: none"> – <i>Aumentar el contacto interpersonal.</i> – <i>Retomar o establecer una red social.</i> – <i>Mejorar habilidades sociales para la convivencia y la participación social (familia, amigos, comunidad...).</i> 	<ul style="list-style-type: none"> – Asamblea. – Actividades sociales: fiestas, cumpleaños... – Intervención familiar. – Se trabajará a través de todos los programas citados anteriormente, especialmente del Programa de ocio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Taller de habilidades sociales/convivencia.

intervención así como objetivos que se han de continuar trabajando posteriormente a la salida de la MR.

Además de estas tres etapas, la intervención familiar se puede diseñar de manera específica como estrategia de intervención, para la consecución de algún objetivo del Plan individualizado de atención residencial. En este caso, no existe un diseño estándar de intervención familiar, sino que reunirá unas condiciones concretas, acordadas entre la persona y los profesionales, en base al objetivo establecido.

La MR supone o ha de suponer para la familia un apoyo más, dentro del proceso de rehabilitación de su familiar y proporcionar y facilitar un espacio de encuentro entre ambos.

- *Taller de habilidades sociales/convivencia:* el taller se realiza con una frecuencia de una vez a la semana. Inicialmente, se realiza una evaluación en cada grupo y las sesiones se preparan en base a ésta. A través de juegos de roles y diversas dinámicas se trabaja sobre diversas dificultades que los participantes detectan relacionadas con el

estilo de comunicación, conocimiento y expresión de emociones, habilidades de negociación y resolución de conflictos, toma de decisiones, etc. Generalmente se relacionan con situaciones surgidas en la miniresidencia o en contextos en los que se encuentran los participantes, tratando de generalizarlas al máximo.

SEGUIMIENTO

Es importante destacar que la intervención en el recurso carece de sentido si no se favorece una continuidad de los objetivos alcanzados por cada persona.

En el caso de aquellas personas que se encuentran en la miniresidencia con una estancia indefinida, resulta crucial que las actividades desarrolladas mantengan su sentido con el paso del tiempo, de manera que puedan mantener un funcionamiento cotidiano lo más significativo y gratificante posible dentro del recurso.

Para aquellas personas cuya estancia es temporal, es necesario plantear metodologías de intervención que favorezcan el mantenimiento de los objetivos alcanzados en el recurso, cuando regresen a su

GRÁFICO I



lugar de residencia habitual (domicilio, piso supervisado...). En este caso es útil que las intervenciones descritas anteriormente se puedan desarrollar también en el lugar en el que vivirá la persona cuando salga de la miniresidencia, teniendo en cuenta tanto el domicilio y el barrio como el entorno familiar, social, laboral...

Con la misma finalidad de generalizar los objetivos, es importante llevar a cabo coordinaciones con los recursos que prestan sus servicios a la persona de manera más continuada (Servicio de Salud Mental, Agencia de Tutela, Centro de Rehabilitación Psicosocial, Equipo de Apoyo Social y Comunitario...), así como compartir con la familia información suficiente, siempre que se haya valorado así con la persona, para mantener sus objetivos.

CONCLUSIONES

Actualmente todas las miniresidencias de Madrid y el Centro Residencial de Rehabilitación de Badajoz, pertenecientes a la Línea de Rehabilitación de las Hermanas Hospitalarias, cuentan con el Protocolo descrito en este artículo, como referencia para el diseño de la intervención

del recurso, resultado del consenso y establecimiento de unos criterios básicos que favorezcan una atención integral y de calidad a las personas que acceden a los mismos.

La implementación de este protocolo no se limita a organizar un listado de tareas, actividades y talleres para realizar en el recurso. Como se refiere al inicio del mismo, es necesario tener en cuenta que el diseño permita a cada persona, progresar en sus objetivos de rehabilitación, desde las actividades cotidianas que cualquier persona realizaría en su hogar y en la comunidad. También es importante favorecer que la persona aumente la confianza en sí misma, su sentido de eficacia y el control sobre su vida. Para ello es importante la participación activa en el diseño y la organización del funcionamiento del recurso, en el establecimiento y revisión de acuerdos y normas de convivencia y en la adquisición y adaptación de los espacios físicos y materiales del mismo. Es importante además, favorecer que cada persona se implique y decida sobre su propio proceso, participando en la elección de las estrategias, apoyos, programas y talleres de intervención que mejor le sirvan para la consecución de sus objetivos.

BIBLIOGRAFÍA

Lieberman RP. Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico. Madrid, Ed. Martínez Roca; 1988.

Kielhofner G. Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación (3.º edición). Buenos Aires, Ed. Panamericana, 2004.

De las Heras CG. Manual: Rehabilitación y Vida. Modelo de Ocupación Humana. Santiago de Chile, Reencuentros; 1998.

De las Heras CG. Proceso de remotivación: intervención progresiva para individuos con desafíos volicionales severos. Santiago de Chile, Reencuentros; 2003.

Moruno P, Romero D. Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas. Madrid, Masson; 2002.

Durante P, Noya B. Terapia Ocupacional en Salud Mental. Madrid, Masson; 1998.

Finlay L. The practice of Psychosocial Occupational Therapy. STP; 1997.

Hopkins HL, Smith HD. Terapia Ocupacional. Willard/Spackman, Ed. Panamericana; 1998.

Cañamares JM, Castejón MA, Florit A, González J, Hernández JA, Rodríguez A. Esquizofrenia. Madrid, Ed. Síntesis; 2001.

Cuaderno Técnico de Rehabilitación Psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica. Consejería de Servicios Sociales.

Cuaderno Técnico de Atención Residencial Comunitaria y al alojamiento de personas con enfermedad mental grave y crónica.

Pellegrini M. Cuaderno Ciencias de la ocupación y Terapia Ocupacional en Salud Mental.

Moruno P, Romero D. Actividades de la vida diaria. Barcelona, Masson; 2006.

American Occupational therapy association. Occupational therapy practice framework: Domain and Process. 2002; 56: 609-3.

INTERVENCIÓN JUNTO CON LA FAMILIA EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE BADAJOZ

ANA I. DELFA CANTERO

Psicóloga. Coordinadora Técnica CRPS/CRR Badajoz. LRHB de Hermanas Hospitalarias. Badajoz.

CAROLINA MOGOLLÓN RODRÍGUEZ

Trabajadora Social CRPS Badajoz. LRHB de Hermanas Hospitalarias. Badajoz.

Recepción: 13-07-10 / Aceptación: 20-07-10

RESUMEN

El trabajo dentro del CRPS de Badajoz-LRHB HH.HH., cuenta con una serie de herramientas de intervención pensadas y creadas para dar respuesta a las necesidades, percibidas y observadas, en las familias de referencia de los usuarios que acuden al recurso. Estos instrumentos pasan por intervenciones individualizadas con los diferentes técnicos del centro, llevadas a cabo en el medio en el que se estime sea más eficaz, así como trabajo a nivel grupal, ambos siempre presentes dentro de nuestra cartera de servicios.

Por otra parte, y de manera transversal, el peso de las personas que nos llegan desde el ámbito rural, se mantiene a lo largo de los últimos años, esto nos ha hecho llevar a cabo intervenciones ad hoc, necesitando una adaptación del profesional que pasa, entre otros factores, por el desplazamiento al municipio, contacto y

trabajo con los recursos del medio, así como un acompañamiento y trabajo en el medio de la persona.

Todo este trabajo, es llevado a cabo por todas y cada una de las áreas técnicas del CRPS, promoviendo y siendo necesaria una continua evaluación y consenso de los profesionales del centro y resto de profesionales implicados en el proceso de integración socio-sanitaria de la persona.

Para apoyar la descripción de dicho trabajo se realizará un análisis de los datos recogidos a lo largo de 2008 de la participación de la familia en los procesos de rehabilitación de los usuarios atendidos en dicho año.

Palabras clave

Familias, trabajo grupo, intervención en el medio, estrategia afrontamiento, apertura hacia el cambio.

ABSTRACT

The work inside the CRPS of Badajoz-LRHB HH.HH., it relies on a series of tools of intervention thought and created to give response to the needs, perceived and observed, in the family of reference of the users who come to the resource. These tools pass for interventions individualized with the family with the different technical personnel of the center, carried out in the way in the one that is estimated it is the more effective above mentioned intervention, as well as the work grupal, always present inside our portfolio of services.

On the other hand, and in a transverse way, the weight of the persons who come to us from the rural area, is kept throughout last years, carrying out interventions ad hoc to this situation, needing an adjustment of the professional who happens, among other factors, for the displacement to the municipality, contact and work with the resources of the way, as well as an accompaniment and I am employed at the way of the person.

All this work, it is carried out by all and the every some of the technical areas of the CRPS promoting and being necessary a continuous evaluation and consensus of the professionals of the center and rest of professionals involved in the process of integration associate sanitary of the person.

To support the description of the above mentioned work an analysis of the information realized gathered throughout 2008 of the participation of the family in them process of rehabilitation of the users attended in the above mentioned year.

Key words

Families, work group, intervention in the way, strategy confrontation, opening towards the change.

INTRODUCCIÓN

Según el modelo de trabajo con el que intervenimos en Rehabilitación Psicosocial, la familia ocupa un lugar principal dentro de los procesos de trabajo. Spaniol y Zipple, en 1984, apuntan cinco grandes bloques de necesidades autopercibidas por la familia y abordables desde nuestros centros:

- Información sobre la enfermedad.
- Asesoramiento en el manejo de la sintomatología psiquiátrica.
- Asesoramiento y consejo en el manejo de los problemas con el seguimiento y toma de medicación.
- Orientación sobre los problemas de conducta.
- Asesoramiento en el manejo del estrés familiar.

Además, hace décadas, los profesionales enmarcamos nuestra intervención percibiendo a la propia familia como una variable moduladora dentro del modelo de vulnerabilidad aplicado a la rehabilitación de personas con trastorno mental grave.

Según multitud de estudios, así como la experiencia en la práctica profesional muestran que la persona con trastorno mental grave (de ahora en adelante TMG), por la aparición de la enfermedad, así como por el tiempo prolongado de sus efectos hacen que se encuentre con limitaciones y barreras a la hora de mostrar un funcionamiento adaptativo en aquellos contextos que impliquen interacción con otras personas así como para el uso de recursos y servicios en su medio más próximo. Es por ello que la persona necesita de su entorno para acercarse a aquello que la sociedad nos demanda y en muchas de las ocasiones el núcleo de convi-

vencia sustituye a la propia persona en el acercamiento al medio ante las barreras percibidas por la persona con TMG.

Dado el perfil socio-demográfico que llega hasta nuestros centros, persona que reside con su familia nuclear (generalmente de origen, y en los casos en que mantiene una familia propia, los familiares de origen suelen mostrarse cercanos y colaboradores con los procesos de salud) y que en los inicios del trabajo puede ser la única fuente de relaciones para el usuario, describiéndola éste, como principal apoyo para estas personas, por tanto el CRPS está obligado a crear espacios y herramientas pensadas y creadas para abordar las necesidades de la familia, entendiendo como tal a la red básica de convivencia, incluyendo a la persona derivada a nuestro recurso.

Si algo caracteriza, en ocasiones, los procesos de enfermedad relacionados con la salud mental es la oscilación, la alternancia de crisis o descompensaciones con momentos de estabilidad, pero éstos, en ocasiones, no implican una correlación con la autonomía para la relación con el medio. Múltiples factores podrían ser cau-

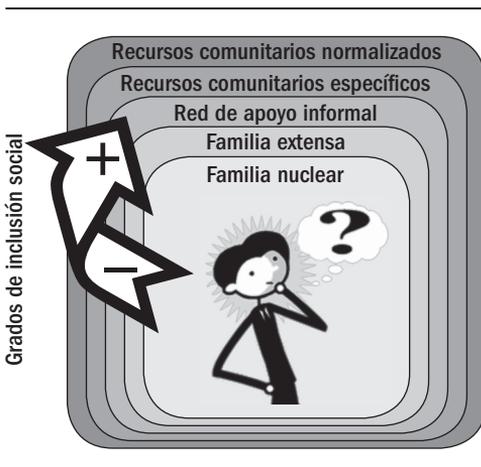
sa de ello, pudiendo destacar la autopercepción de capacidades, baja autoestima, miedos a recaídas, desconocimiento de pródromos, asunción de roles cuidador/enfermo, deterioros derivados... (fig. 1). Además de lo anterior debemos unir el largo tiempo que la persona pasa dentro del hogar de convivencia, lo que conlleva una larga lista de situaciones de fricción entre los miembros de la familia.

En esta área la red de apoyo de la persona juega un papel fundamental pudiendo pasar de ser un facilitador a una barrera, dependiendo, entre multitud de agentes, del conocimiento de la enfermedad de la familia, situaciones y circunstancias vitales de ésta, habilidades personales de todos los miembros, ámbito al que enfrentarse, áreas conservadas de la persona diagnosticada...

Si el objetivo general de cualquier recurso de rehabilitación va encaminado a la integración de la persona en su medio más próximo con la mayor autonomía posible, cobra importancia el trabajo con la familia, promoviendo que se convierta en un agente facilitador, para esto serán necesarias intervenciones que tengan como fin que conozca y se sienta capaz de ser parte de la recuperación. Orientado a esto el trabajo de los profesionales junto con la familia usuaria irá encaminado a un ajuste de expectativas, adquisición de estrategias de afrontamiento, apertura hacia el cambio, reajuste de roles...

FIGURA 1

Esquema proceso inclusión social



CONTEXTUALIZACIÓN DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS) DE BADAJOZ

El CRPS de Badajoz abarca una población total de 268.000 habitantes, repartidos por una amplia superficie. Atendiendo a Badajoz capital (ciudad más grande de Extremadura 150.000 habitantes) y un

TABLA I
Atención a las necesidades desde el CRPS

Situación/Necesidad-1	Facilitadores
<i>La persona precisa recordatorios de forma continuada de indicaciones para mantener su autocuidado, el orden habitual en el hogar familiar, ya sea en cuanto a normas o rutinas.</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Entrenamiento de actividades básicas de la vida diaria, entendiendo que este entrenamiento siempre será más eficaz en el contexto habitual de la persona o en medios lo más normalizados posible. – Entrenamiento de la familia en cómo transmitir de manera eficaz indicaciones y tareas. – Conocer la dificultad que lleva consigo la necesidad percibida.
	Barreras
	<ul style="list-style-type: none"> – Alta emoción expresada en el hogar.

OBSERVACIONES

Las quejas más comunes derivadas de las relaciones dentro del hogar familiar están relacionadas con que la familia de referencia siente que necesita estar continuamente detrás de la persona para que realice las tareas más básicas en cuanto a sus autocuidados así como del mantenimiento del hogar. Esto provoca en la persona sensación de agobio y hostilidad por la continua verbalización de su familia de las tareas que no realiza.

Algo muy común es la desorganización en cuanto a horarios y rutinas dentro del orden familiar.

Situación/Necesidad-2	Facilitadores
<i>Petición y continua motivación para la implicación de la persona en tareas que repercutan en el bienestar de otros miembros de la unidad de convivencia.</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Refuerzo positivo por parte de la familia de las situaciones en el que se mantenga la conducta. – Trato igualitario entre los miembros de la familia.
	Barreras
	<ul style="list-style-type: none"> – Imposición, castigos, reproches...

OBSERVACIONES

El cuidado de otros, en ocasiones, es todo un problema cuando la persona difícilmente puede cuidar de sí misma. Esta situación se da con mayor grado cuando la persona con problemas de salud mental, en condiciones normales, la sociedad le otorgaría determinados roles como, por ejemplo, a los padres en el cuidado de sus hijos, abuelos con el apoyo a la educación de sus nietos, hijos que cuiden a progenitores mayores... Incluso en ocasiones estas situaciones se manifiestan en pequeños apoyos como, por ejemplo, en pequeñas tareas como ayudar en tareas domésticas sencillas a personas de referencia con determinadas dificultades, como puede ser: cargar con peso en compras a padres mayores, ayudar en situaciones de enfermedad común puntuales...

Situación/Necesidad-3	Facilitadores
<i>Reconocimiento de necesidades y emociones en el resto de miembros de la unidad de convivencia.</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Que el resto de miembros de la unidad familiar entiendan esta dificultad como síntoma y no como una característica personal o elección de la persona. – Entrenar la expresión de emociones y necesidades, dotando a la familia (incluida la persona con TMG) de estrategias y medios eficaces para una expresión de emociones de manera saludable. – Los miembros de la unidad familiar hagan modelado en este sentido.
	Barreras
	<ul style="list-style-type: none"> – Alta emoción expresada en el hogar.

OBSERVACIONES

Uno de los factores autopercebidos por las familias que más le influyen para sentir en ocasiones sobrecarga, es la falta de percepción de los sentimientos y situaciones vividas por ellos y resto de la familia, por parte de la persona diagnosticada. La familia suele explicarlo con frases tipo «es muy egoísta». Esta carga se ha observado que disminuye cuando esta dificultad es percibida como parte de la sintomatología, incluso se ve mermada cuando la persona es entrenada en habilidades sociales, así como la familia adquiere herramientas para poder mantener una comunicación más eficaz con la persona.

Situación/Necesidad-4	Facilitadores
<i>Dificultades en la comunicación de forma ajustada y normalizada entre la unidad de convivencia.</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Entrenamiento en HHSS y solución de problemas. – Espacios, tiempo y lugar, para cada miembro de la unidad familiar que sirvan para respiro y descarga. – Promover la comunicación en momentos de disfrute y descanso, asociando la comunicación a aspectos positivos.
	Barreras
	<ul style="list-style-type: none"> – Cuando la conversación en las familias se centra casi de manera exclusiva a verbalizar aspectos que no gustan, problemas o recriminación ante conductas de la persona.

OBSERVACIONES

En muchas ocasiones la familia o personas de apoyo manifiestan dificultades en la comunicación habitual con la persona diagnosticada, principalmente con las personas más cercanas y en las tareas del día a día. Esta dificultad en ocasiones lleva a situaciones de agresividad verbal, discusiones continuadas, malestar, enfrentamientos... Se encuentran relaciones familiares en las que en los momentos en los que se necesita el diálogo es toda una situación de tremendo malestar.

Situación/Necesidad-5	Facilitadores
<i>Motivación para participar en actividades habituales con los miembros de la unidad de convivencia (p. ej., ver la televisión, comer juntos...).</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Aumentar de forma progresiva, reforzando conductas adaptadas e ir aumentando el número de contactos de forma gradual y ajustado a las capacidades de la persona. – Expresar de manera adecuada la necesidad y gratificación en el resto de los familiares de la participación de la persona con TMG en las actividades de la familia.
	Barreras
	<ul style="list-style-type: none"> – Recriminación de conductas inadecuadas mientras la persona participa en la actividad con todos los miembros de la unidad de convivencia. – Facilitar el aislamiento y evitación del contacto con el resto de miembros de la unidad de convivencia.

OBSERVACIONES

Hay familias, y derivado generalmente de situaciones planteadas anteriormente, en las que la persona diagnosticada está ajena de la vida en familia, bien por conflictos entre los miembros, bien por sintomatología activa, la persona con TMG no participa junto con su familia en actividades gratificantes, generando en cada ocasión malestar entre los miembros así como una estigmatización de la persona dentro de su propia red.

Situación/Necesidad-6	Facilitadores
<i>Ampliar red de relaciones entre iguales.</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Utilización de actividades grupales. – Apoyo de personas de referencia. – Mantenimiento de habilidades conservadas. – Trabajar habilidades de comunicación. – Que la familia entienda los contactos con personas ajenas a la propia unidad de convivencia como parte de la recuperación de la persona, apoyando y reforzando los logros en esta área.
	Barreras
	<ul style="list-style-type: none"> – Sintomatología positiva. – Sobreprotección familiar. – Estigmatización problemas de SM.

OBSERVACIONES

Esta necesidad suele ser en muchas ocasiones una necesidad percibida por las personas con TMG. Por regla general la interacción habitual suele ser con el núcleo de convivencia y el tener personas de referencia, amistades, conocidos suele ser una prueba de normalidad y medio para ocupar de forma agradable su tiempo libre. La familia suele mostrar miedos ante los avances en este sentido de la persona.

Situación/Necesidad-7	Facilitadores
<i>Estrategias adaptativas para participar en actividades en contextos normalizados.</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Entrenamiento y afrontamiento de situaciones sociales de forma gradual con una retroalimentación de aspectos positivos y reformulación de acciones desadaptativas. – Ambientes donde se haga extinción de actitudes no adaptativas. – Una actitud facilitadora en la familia, promoviendo espacios y momentos en que la persona pueda ir haciendo pequeñas pruebas.
	Barreras
	<ul style="list-style-type: none"> – Estigmatización. – Contextos en los que se observe de forma muy continuada a la persona identificada.

OBSERVACIONES

En ocasiones, y en parte asociada a una alta ansiedad social, la persona tiene determinados comportamientos que le identifican como «persona extraña, con problemas, agresiva...». Estas interpretaciones en muchas ocasiones son erróneas y fruto de un desconocimiento de las situaciones de la persona. Por ejemplo: tocar alimentos en comercios, no guardar turnos en banco o caja, mostrar nerviosismo o enfado ante negativas administrativas... por regla general no suelen ser más que manifestaciones ante el desconocimiento de normas y conductas en la tarea que la persona está realizando. La familia debe facilitar pequeñas pruebas y refuerzo de logros cuando la persona obtenga experiencias positivas.

Situación/Necesidad-8	Facilitadores
<i>Dificultades para acceder a la información por la que conocer servicios, medios de acceso... relacionados con recursos de salud mental.</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Coordinación adecuada entre equipos de atención primaria de salud y recursos específicos de salud mental. – Familia de referencia implicada y con nivel socio-cultural suficiente para entender la magnitud de la situación planteada.
	Barreras
	<ul style="list-style-type: none"> – Escasa conciencia de enfermedad. – Familia que no cuente con una información adecuada y ajustada a la realidad. – Desconocimiento/pasividad en profesionales de referencia.

OBSERVACIONES

En multitud de ocasiones las personas afectadas por TMG no son atendidas por la red de servicios que las administraciones públicas ofrecen, entrando en dicha red, en multitud de ocasiones, por las vías de urgencias o emergencias, con lo que se potencian determinadas reticencias o se afianzan ideas erróneas de lo que puede llegar a ser un proceso terapéutico. En muchas ocasiones la clave para el acceso lo tienen las personas de apoyo como fuente privilegiada de información.

total de 11 mancomunidades de pequeñas poblaciones (un total de 44 municipios). Territorio fronterizo, nuestro recurso, con capacidad de atención para 70 personas, durante el año 2008 ya nos llegó una persona portuguesa, atendiendo a un total de 98 usuarios y sus familias.

El área de salud de Badajoz, ámbito de actuación del CRPS, cuenta con los siguientes recursos de rehabilitación: CRPS-Piso de Apoyo; Programa de Rehabilitación Laboral; Centro Residencial de Rehabilitación (Autonómicas 2 para toda la CC.AA.). Por lo que se puede observar que a diferencia de otras comunidades autónomas, la CC.AA. de Extremadura carece de recursos como equipos de apoyo comunitario, centros de rehabilitación laboral, centros especiales de empleo... entre otros. Entendemos, por tanto, que el CRPS como recurso básico para la rehabilitación psicosocial debe ofrecer una cartera de servicios que dé atención a las necesidades (tabla I) en todos y cada uno de los aspectos de la persona que es derivada a nuestros recursos con la peculiaridad del trabajo con población rural.

Como respuesta a este conjunto de ne-

cesidades, planteamos una metodología de trabajo individual y/o grupal, utilizando para ello tanto las instalaciones del centro como el contexto de las personas, adaptándonos al ámbito urbano como al rural.

EL TRABAJO INDIVIDUAL

Las líneas de intervención marcadas en los CRPS, plantean un itinerario en el que desde nuestro dispositivo en Badajoz entendemos básica la presencia de la familia a lo largo de él, entendiendo que pese a la figura lineal que puede aparentar (fig. 2), ese no deja de ser un proceso circular en el que incorporar aquellas vivencias, circunstancias y situaciones que la familia usuaria pueda tener, promoviendo la auto-dirección del proceso desde ellos, percibiendo al centro y los profesionales de referencia como herramientas a utilizar en la forma, tiempo y circunstancias más adecuadas para la consecución de los objetivos pactados (fig. 3).

Dividiendo en cada una de las partes del proceso de rehabilitación, pasamos a describir aquellas herramientas especí-

FIGURA 2
Esquema proceso de rehabilitación en el CRPS de Badajoz

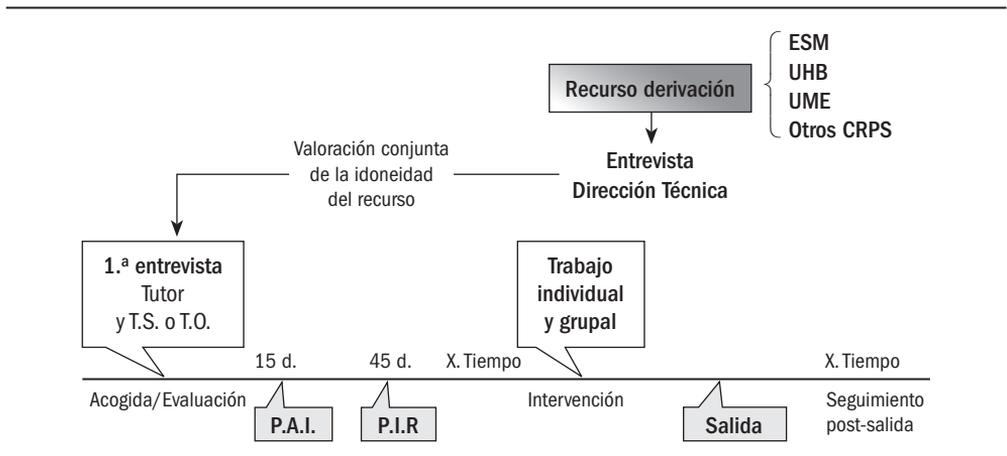


FIGURA 3

Situación de la familia usuaria como agente principal de cambio

ficas llevadas a cabo desde el CRPS de Badajoz.

Acogida

En este punto donde el principal objetivo del equipo es siempre que la persona derivada y su familia perciban al centro como espacio útil para su proceso de recuperación, de cara a la familia usuaria se promueve que en los primeros contactos en el centro las entrevistas sean conjuntas entre profesionales de referencia, usuario y familia. En este punto donde es necesario explicitar los objetivos generales del centro, contextualizar el proceso dentro de su atención general de salud... nos parece clave la identificación de las necesidades del usuario, de su familia así como una devolución de los aspectos sanos percibidos y la identificación de aspectos gratificantes, de cara a que nuestros primeros contactos susciten una impresión lo más rehabilitadora posible.

A modo de datos cuantitativos, sería destacable que a lo largo del 2008 el 85 % de las familias que estuvieron en la fase de acogida y se les ofrecieron este tipo de espacios permaneció de forma activa e

involucrada a lo largo de todo el proceso de rehabilitación.

Para todo esto la familia cuenta con espacios propios.

Evaluación

Al margen de protocolos, conjuntos mínimos de datos a recoger estipulados por administraciones competentes... esta parte del proceso debe ser entendida como aquella en la que la persona y su familia se familiaricen y mantengan contacto con una metodología de intervención diferenciada de lo que hasta el momento ha podido encontrar en instituciones y recursos con un perfil más asistencialista, en el que la personas que hacen uso de nuestro recurso conozcan que a partir del momento en que deciden iniciar el proceso a través del CRPS son los autores, artífices y corresponsables de su proceso. El actor principal.

De cara a los profesionales esta parte de la intervención es clave, en una doble vertiente. En un primer momento, como punto en el que poder conocer toda aquella información necesaria para poder construir unos objetivos junto con la persona

acorde a sus necesidades y capacidades, y en sucesivos momentos, una evaluación continuada, como retroalimentación de las intervenciones planteadas. La familia en sus propios espacios, diferentes a los que va a compartir con los usuarios, junto a los técnicos responsables de las tres áreas de intervención (psicólogo tutor, terapeuta ocupacional, trabajador social), ofrece una visión de la persona usuaria, exponiendo sus propias necesidades (percibidas y observadas). Los aspectos abordados en estas entrevistas van desde la recogida de datos biográficos y clínicos del usuario y la familia (nuclear y/o extensa), vivencias y emociones, percepción de la familia respecto de las capacidades del usuario y suyas, capacidad de afrontamiento del núcleo familiar o contactos y procesos terapéuticos anteriores y paralelos a la entrada en el CRPS.

Una herramienta clave de cara a la adopción en la familia de la idea de posibilidad de cambio, para el paso a un rol activo dentro del proceso, es la devolución del plan individualizado de rehabilitación (de ahora en adelante PIR), construido a raíz de los objetivos a trabajar expuestos por el usuario y la familia, construido en la junta de evaluación y compartido por los profesionales con el usuario y su familia, siempre abierto a la matización y modificación junto a ellos.

A lo largo del 2008 se llevaron a cabo un total de 134 sesiones en las etapas de acogida y evaluación en nuestro centro, trabajando con 96,5 % del total de las familias posibles.

Intervención

La familia, tras lo comentado en los espacios anteriores, utiliza los contactos individualizados con cada una de las áreas de intervención con el fin de conseguir los objetivos específicos para ellos del PIR así como para apoyar la consecución de los

de su familiar. Entrevistas en un primer momento con un carácter más pautado, dirigido o solicitado por los profesionales, posteriormente van espaciándose y siendo a demanda de ellos en función de la consecución de objetivos operativos que promueven el avance hacia la recuperación.

A lo largo del 2008 los técnicos del CRPS de Badajoz contactaron un total de 475 veces con los familiares de referencia de los usuarios en lista.

Una herramienta destacable para conocer la opinión y base para el trabajo general del centro es el pase del «Cuestionario de Satisfacción de Familias» (tabla II), pasado con periodicidad anual y a la finalización del proceso. La familia, con carácter voluntario y anónimo expone su opinión acerca de los temas generales del centro como de la percepción de la asistencia técnica hacia ellos y su familiar. Dichos resultados, recogidos a través del buzón de sugerencias del centro (común para usuarios, familias y demás personas que pueden llegar a utilizar o conocer la existencia del recurso), son recogidos por la dirección técnica, encargada de recoger, estudiar y exponer al equipo técnico en las Jornadas de Reflexión anual del equipo aquellos puntos de mejora así como fortalezas percibidas por la familia del centro, siendo en este espacio el momento de identificar acciones que ayuden a avanzar en los primeros y a mantener y mejorar si cabe los segundos.

Seguimiento post-salida

El alta se plantea como respuesta a diferentes situaciones, bien por una consecución plena de objetivos planteados en el PIR, un techo terapéutico en la consecución de éstos o un no ser el momento de continuar trabajando. En función de esto contemplamos las siguientes categorías que van a determinar el diseño del seguimiento:

TABLA II
Cuestionario satisfacción familias. Medias 2008

RESULTADOS CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN PARA FAMILIAS		CRPS-Badajoz 2008
N.º	Pregunta	Puntuaciones obtenidas (MEDIA) 2008
1	Según lo que creéis que necesitáis ¿estáis satisfechos con los servicios del centro?	5,64
2	¿Estáis satisfechos con el psicólogo que os atiende?	5,53 1 abstinencia
3	¿Estáis satisfechos con los programas y atenciones en los que participáis? (Por favor, especificar las diferentes actividades.)	5,71
4	¿Estáis satisfechos con el número de veces que tenéis que venir al centro para realizar los programas o atenciones? (En caso de que no sea 6, especificar si aumentaría o disminuiría.)	5,38 1 abstinencia
5	¿Estáis satisfechos con la limpieza e higiene del centro?	6
6	¿Creéis que estáis informados acerca de la evolución del proceso de rehabilitación así como de vuestro papel en él?	5,35
6 bis	¿Creéis que estáis informados por los profesionales sobre los asuntos generales del centro como cambios, normas de funcionamiento, oferta de actividades...?	5,71
7	¿Estáis satisfechos con la temperatura del centro? (En caso de que no sea 6, especificar si aumentaría o disminuiría.)	5,64
8	¿Estáis satisfechos con los objetivos de los programas e intervenciones en los que participáis?	5,78
9	¿Estáis satisfechos con el interés y el apoyo que muestran los profesionales del centro?	5,78
10	¿Estáis satisfechos con las instalaciones?	4,78
11	¿Estáis satisfechos con el horario de los programas y atenciones? (En caso de no ser 6, indicar si es demasiado tarde o pronto.)	5,71
12	¿Estáis satisfechos con los profesionales del centro en general (psicólogos, monitores, trabajador social, terapeuta ocupacional...)?	5,42
13	¿Estáis satisfechos con el entorno físico, el espacio y la luminosidad del centro?	5,21
14	¿Estáis satisfechos con el nivel de participación en el centro, así como las diferentes vías para ello? (Por ejemplo, dar opinión, expresar lo que no te gusta, hacer sugerencias...)	5

* 1 Muy insatisfecho 3 Algo insatisfecho 5 Bastante satisfecho
 2 Bastante insatisfecho 4 Algo satisfecho 6 Muy satisfecho

- **Abandono.** En ocasiones las personas que son derivadas a nuestros centros o tras un tiempo de permanencia en ellos no perciben el recurso como ayuda o al menos no valoran necesaria la asistencia, habiendo resultado imposible la consolidación de un adecuado vínculo entre el usuario y el equipo terapéutico. La familia en muchas de estas ocasiones es el punto de unión entre la persona y el centro, en primer momento como el hilo desde donde continuar trabajando, en otros para valorar el momento más adecuado para reanudar el trabajo para la motivación.
- **Cumplimiento de Objetivos.** En aquellas ocasiones donde la persona y su familia han alcanzado un cumplimiento del plan construido por ellos y los profesionales de referencia, entendemos un siguiente paso, en el que a través de mantener el contacto con la/s persona/s estimada/s, se promueva el mantenimiento de logros así como el abordaje de situaciones que se prevea no necesitan de un trabajo profundo con un peso en cuanto a tiempo y recursos para el centro. En ocasiones el equipo entiende que esa persona para mantener ese contacto puede ser el usuario, en otras la familia de referencia o ambos por lo que aquí de nuevo la familia cuenta con un peso importante en el mantenimiento de logros conseguidos.
- **Otros.** Diferentes de los supuestos anteriores, la salida o fin de proceso terapéutico puede derivar en múltiples situaciones y casuísticas que pasan por la derivación a otro recurso, en los que la familia puede ser un vínculo para mantener lo que se trabajó o como puerta de reentrada tras la utilización de este otro medio de trabajo; el fallecimiento de la persona, donde en ocasiones la familia puede necesitar un acompañamiento en el dolor y apoyo para la vivencia del duelo...

LA INTERVENCIÓN EN EL CONTEXTO FAMILIAR, ADAPTACIÓN DEL TRABAJO INDIVIDUAL

Nos parece interesante, por las peculiaridades de las características del recurso y el entorno donde se encuentra, la metodología de intervención en el contexto habitual de la familia, entendiendo como tal a la vivienda habitual, barrio, población (especialmente aquellas de ámbito rural), lugar de realización de actividades productivas...

En este tipo de metodología, el equipo terapéutico, en todo momento pretende evitar ser invasivo con el espacio íntimo de la familia, por lo que continuamente se explicitan aquellos objetivos por los que trabajar en el medio, los pros y contras de esta metodología y una continua evaluación de sensaciones y percepciones del usuario y su familia pudiendo cambiar la metodología en el momento que se estime oportuno así como utilizar dicha metodología el tiempo justo, no cayendo en una sobreutilización que vaya en detrimento de un adecuado clima terapéutico.

Sería destacable en este tipo de intervención el trabajo realizado en el ámbito rural por lo diferente que éste tiene en cuanto a lo que nos exige de diferente del que habitualmente realizamos en el entorno urbano. El CRPS de Badajoz cuenta con un elevado porcentaje de personas procedentes de ámbito rural, aproximadamente un 35 % del total de las plazas, por lo que el apoyo para la generalización no debe disminuir con respecto a los usuarios procedentes de Badajoz, pese a ser necesario un sobreesfuerzo profesional que pasa por una planificación específica.

La planificación de las intervenciones en el medio rural, al ser un extra realizado por el equipo terapéutico, al margen de la cartera de servicios básicos estipulados en la legislación extremeña, pasa por la

necesidad de buscar y encuadrar los recursos económicos y personales, con un esfuerzo institucional y profesional importantes, que pasa en muchas ocasiones por la adaptación de la jornada laboral a la optimización de recursos como, por ejemplo, el alquiler de vehículos para facilitar los desplazamientos y evitar depender de horarios de transporte público que posibilitaría, en el mejor de los casos, tan sólo un par de visitas por jornada.

En cuanto a la planificación técnica de las intervenciones, en un primer momento se centran en la valoración por parte de los técnicos implicados de los objetivos necesarios de abordar en el medio de la persona para multiplicar la eficacia de las intervenciones con respecto al trabajo en el espacio físico del Centro. Esta identificación de personas a visitar se identifican a través de criterios como: disponibilidad de la familia para acceder al recurso, eficacia de intervenciones anteriores... Una vez consensuadas las familias susceptibles de ser visitadas, objetivos para el que realizar la intervención, profesionales que ejecutarán la acción y metodología a utilizar (entrevistas con toda la familia, intervenciones por separado...), el siguiente paso ineludible es la petición de consentimiento expreso tanto al usuario como a la familia en cuestión. En caso de que alguno de los miembros de la familia se mostrara reticente a la intervención, el trabajo siempre se realizará salvaguardando su derecho a no recibir la atención planteada y trabajando, siempre y cuando ello no afectara a la persona que desestimó la ayuda, con el resto de miembros de la familia.

La estructura de las intervenciones en ámbito rural suele ser de dos a tres sesiones, con carácter cuatrimestral, en la que se compagina la intervención en el domicilio de la familia y la coordinación y unificación de estrategias de intervención (siempre que sea posible y con el consentimiento expreso de usuario y familia por

escrito) con otros profesionales de referencia para la familia, como suelen ser Servicios Sociales de Base, programas de Familia de los Servicios Sociales de Base, recursos comunitarios culturales, servicios sanitarios (Equipos de Atención Primaria, Equipos de Salud Mental en poblaciones fuera de Badajoz...).

TRABAJO GRUPAL

La cartera de servicios del CRPS de Badajoz cuenta con una serie de actuaciones destinadas a la familia, pudiéndola diferenciar en tres grandes bloques. Podemos hablar de:

- **Programas de carácter psicoeducativo.** Basados en la información podrían caracterizarse por los siguientes:

Objetivos

- Información acerca del Diagnóstico.
- Crear barreras a la estimulación excesiva.
- Desarrollar en la familia expectativas realistas.
- Apoyar para la fijación de límites inter e intrafamiliares.
- Mejorar la comunicación.
- Promover estrategias de afrontamiento.

Características de los grupos

- Diferenciación por grupos diagnósticos.
- Grupos formados por usuarios, indistintamente del psicólogo o del tutor del caso.
- Psicólogo/a como profesional coordinador del grupo, mostrándose como nexo de unión a través de las diferentes sesiones en las que participan las áreas de terapia ocupacional y trabajo social.

- Contenidos elaborados y adaptados en función de las familias participantes, promoviendo acciones ad hoc a las necesidades percibidas por la familia.
- Entre 4 y 8 familias por grupo.
- Sesiones semanales ajustando el horario (mañana o tarde) en función de la disponibilidad de las familias, potenciando la conciliación con horarios laborales y de otras responsabilidades.
- Duración aproximada de 2 horas por sesión (5-12 sesiones).
- Medidas PRE/POST.

Intervenciones

- Motivar para la participación en el programa.
 - Identificación de objetivos individuales con la familia.
 - Información del diagnóstico y áreas a las que éste puede influenciar (rutina, manejo en comunidad...)
 - Resolución de dudas.
 - Exponer el papel de ellos en la evolución de la enfermedad y variables que pueden manejar.
 - Entrenamiento de habilidades.
- **Grupos de apoyo.** Basados en compartir experiencias y construir nuevas estrategias de afrontamiento entre iguales.

Objetivos

- Reducción del aislamiento.
- Reducción del estigma y la carga (subjetiva y objetiva).
- Reducción de la alta emoción expresada en el ambiente familiar.
- Reducción de las disfunciones en la comunicación.
- Disminuir los patrones de interdependencia y expansión de la red social.

Características de los grupos

- No se diferencian por diagnósticos.
- Trabajo Social como *nexo de unión* entre sesiones con la participación del resto de Personal Asistencial, especialmente con apoyo desde el área de psicología.
- Entre 4 y 8 familias.
- Sesiones quincenales (horario tarde).
- Duración aproximada de 1½ horas por sesión.
- Medidas PRE/POST a través de cuestionarios específicos elaborados por los profesionales de referencia para cada grupo junto con el *cuestionario de medición de carga percibida de Zarit*.

Intervenciones

Sesiones basadas en las experiencias compartidas por los participantes, en las que los profesionales sirven como catalizadores para la reformulación de conceptos y de la construcción por parte del grupo de estrategias que promuevan un mayor bienestar en ellos y sus familiares, ofreciendo acciones de descarga y autocuidado personal.

- **Promoción de acciones gratificantes para la familia.** Basada en compartir experiencias y generar espacios de distensión a las familias usuarias de nuestros centros. Se ofrecen acciones puntuales, planteadas de manera transversal a la actividad asistencial basal en nuestro recurso, acciones con las siguientes características:

Objetivos

- Reducción del aislamiento.
- Reducción del estigma y la carga (subjetiva y objetiva).
- Disminuir los patrones de interdependencia y expansión de la red social.

- Acercar la labor del centro a personas que puedan desconocer el trabajo de éste.
- Potenciar la realización de actividades gratificantes de manera conjunta de todos los miembros.
- Promover la adherencia al tratamiento en el centro.

Características de los grupos

Suelen ser de carácter abierto, basando la participación de las familias en las diferentes actividades en función de los criterios esbozados por el equipo terapéutico abogando por el respeto a la labor y ética asistencial.

Intervenciones

Actividades como jornadas culturales, charlas-coloquio organizadas por el centro tanto dentro como fuera de él, espacios para la vivencia de fechas señaladas a nivel social...

Durante el 2008 se realizaron un total de 14 grupos destinados a trabajar los objetivos de rehabilitación propios de la familia de referencia de nuestros usuarios. En los que las tres áreas de intervención trabajaron conjuntamente. Para ello se destinaron un total de 32 sesiones grupales.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Algunos datos:

- Del total de las personas atendidas en el CRPS durante el 2008 sólo con dos se estimó, por criterios terapéuticos, no trabajar con la familia de referencia.
- El 96 % de los PIR's elaborados para las personas atendidas en el 2008 cuentan con objetivos específicos de trabajo orientados a la familia.
- El 89 % de las familias de los usuarios que tuvieron entrada en el recurso du-

rante el 2008 han tenido un trabajo estructurado de apoyo, orientación e intervención terapéutica. Además el 50 % de éstas han pasado por grupos específicos para familia.

Según la valoración realizada en cada una de las acciones de manera individualizada de cada familia usuaria (revisión de Planes Individuales de Rehabilitación de cada usuario, balance final de los procesos a través del CRPS...), así como de las actividades grupales, la familia percibe como ayuda la metodología de intervención basada en sus competencias. En cuanto a la percepción de los profesionales, existe una correlación entre *implicación de la familia* y avances en la recuperación, identificando como puntos clave en la *acogida*, valorando más facilidad para la adherencia al tratamiento de rehabilitación en aquellos casos donde existía un apoyo familiar firme. Otro punto clave en los procesos serían los momentos de desestabilización clínica, donde existe una correlación entre trabajo previo con el usuario y su familia de referencia en el conocimiento de aspectos relacionados con la enfermedad y la posibilidad de atención de manera ajustada en el momento más adecuado para evitar circunstancias de mayor dificultad socio-sanitaria.

En cuanto a otros profesionales del ámbito de salud mental, éstos verbalizan aspectos positivos percibidos en cuanto al trabajo realizado con las familias compartidas, siendo muy valorado este aspecto y puntualizado en medios de comunicación como son informes de derivación, identificando posibles intervenciones con la familia y delegando este trabajo al CRPS.

No dejaremos de explorar y el final de la exploración será llegar al punto de partida y conocer el sitio por primera vez.

T. S. ELIOT

BIBLIOGRAFÍA

Aldaz JA, Vázquez C. Avances en Rehabilitación Psiquiátrica. Madrid, Siglo XXI; 1996.

Florit A. Desarrollo de una intervención en un caso de esquizofrenia residual. *Clínica y Salud* 1996;7:43-357.

Florit A, Fernández JM, Morante L. Coordinación interinstitucional en la integración social del psicótico. Reflexiones a propósito de un caso. *Psiquis* 1997;18:53-59.

Florit A, Linos P. Entrenamiento en habilidades sociales en un grupo de enfermos mentales crónicos. *Anales de Psiquiatría* 1998;14:339-346.

Durante P, Noya B. Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica. Ed. Masson; 1998.

Fernández Chavero JM, Florit Robles A. Promoción de la salud y apoyo al paciente. Madrid, Santillana; 1999.

Durante P, Noya B. Terapia Ocupacional en salud mental: 23 casos clínicos comentados. Barcelona, Masson; 2000.

Cañamares JM, Castejón M, Florit A, González J, Hernández JA, Rodríguez A. Esquizofrenia. Madrid, Síntesis; 2001.

Florit A, Mieres R. Afrontamiento de la ansiedad en esquizofrenia a través de la relajación. *Informaciones Psiquiátricas* 2001; 163:21-34.

Alonso M, Florit A. Características psicométricas de la versión española del Inventario de Depresión de Beck en pacientes crónicos con esquizofrenia. *Anales de psiquiatría* 2002;18:154-160.

Gómez C, Zapata R. Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social. España, Ed. Eunate; 2000.

Rodríguez A y cols. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid, Ed. Pirámide; 1997.

Varios. El Trabajo Social en Salud Mental. Madrid, Colegio Oficial de Diplomados de Trabajo Social y AA.SS. de Madrid; 2000.

Ituarte A. Procedimiento y proceso en Trabajo Social clínico. Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, de Madrid; 1992.

Aldaz JA, Vázquez C. Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Ed. Siglo XXI; 1996.

Sandín B y cols. Manual de Psicopatología vol II. Ed: McGrawHill; 1995. (Consultar descripción clínica de patologías presentes en nuestro centro, así como modelos explicativos).

Linehan M. Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Ed: Paidós; 2003.

Hueros Ayuso S, Pelaz S, Fernández Chavero JM. Rehabilitación psicosocial de un enfermo diagnosticado de esquizofrenia. *Anales de psiquiatría* 2000;16(5):209-214.

Lizárraga S, Ayarra, M. Entrevista motivacional. *Anales SIS San Navarra* 2001; 24(2).

García Badarraco J. «De sorpresa en sorpresa». Inédito; 2006.

Wilson G, Luciano Soriano MC. Terapia de aceptación y compromiso. Ed. Pirámide; 2002.

HH EMPLEA: PROYECTO DE FOMENTO DE LA INSERCIÓN LABORAL DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL EN LAS HERMANAS HOSPITALARIAS

MARÍA ALONSO

Coordinadora. Centro de rehabilitación laboral Retiro, Hermanas Hospitalarias. Madrid.

FERNANDO COBO

Coordinador. Centro de rehabilitación psicosocial y Centro de rehabilitación laboral Vallecas, Hermanas Hospitalarias. Madrid.

Recepción: 13-07-10 / Aceptación: 20-07-10

RESUMEN

Este proyecto surge con el fin de promocionar la igualdad e integración de las personas con discapacidad en la sociedad. Con el apoyo de los CRL de la Comunidad de Madrid casi el 50% de los usuarios de dichos centros tienen o han tenido algún tipo de actividad laboral. Con este apoyo, en los centros de las Hermanas Hospitalarias, se proporciona un entorno en la integración laboral facilitador para estos usuarios.

Este programa se articula en varias fases: captación de empleos y valoración de puestos por parte de la organización, selección de candidatos e intermediación por parte del CRL de referencia, apoyo en el puesto de trabajo por parte de su Preparador Laboral y coordinador de referencia, renovaciones de contrato, fin de contrato, búsqueda de empleo y alta del programa. Objetivo general: fomentar que las Hermanas Hospitalarias se consolide como organización proveedora de oportunidades de integración laboral para per-

sonas con enfermedad mental. Objetivos específicos: consolidar y extender la sensibilidad de los distintos estamentos de la organización hacia las posibilidades de integración laboral de personas con enfermedad mental en su propio entorno. Facilitar puestos de trabajo que sirvan como puente temporal a usuarios que necesiten tener una experiencia con apoyo previa a su inserción en entornos más normalizados. Facilitar el acceso a procesos de selección para puestos de trabajo ordinarios dentro de la organización.

Palabras clave

Integración laboral, enfermedad mental, normalización, Centros de Rehabilitación Laboral, sensibilización, intermediación laboral, preparador laboral.

ABSTRACT

This project arises for promoting equality and integration of persons with disabilities in society. With the support of the

Madrid CRL almost 50% of the users of these centres have or have had some kind of work. With this support, the Hermanas Hospitalarias centres provides a facilitating job integration environment for these users.

This program is structured in several phases: uptake of jobs and jobs from the Organization, selection of candidates and intermediation of reference, CRL valuation support as their labour trainer and reference, renewal of contract, end of contract, job search and signup program coordinator work. General objective: promote the Hermanas Hospitalarias centres to be consolidated as an organization providing opportunities for labour integration for people with mental illness. Specific objectives: consolidating and extending the sensitivity of different levels of the Organization towards possibilities for labour integration of people with mental illness in your own environment. Facilitate jobs that serve as a temporary bridge to users who need to have an experience with support prior to its inclusion in most standard environments. Access to selection for ordinary job positions within the organization.

Key words

Labour integration, mental illness, standardization, CRL, awareness, labour intermediation, trainer work centers.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

¿Por qué crear este Proyecto?

Son varios los aspectos que motivan a organizaciones como la nuestra a plantearse el objetivo de la contratación de personas con minusvalía, en nuestro caso, de personas con trastorno mental.

NUESTRO COMPROMISO

Por un lado, los valores y misión de la organización, afines a la promoción de la igualdad e integración de las personas con minusvalía en la sociedad, nos llevan a objetivos que se podrían alcanzar con acciones que promuevan la integración laboral de personas con trastorno mental en nuestra organización.

Las necesidades laborales de nuestros usuarios, a las que se presta poca atención en una sociedad donde la sensibilidad hacia este colectivo es escasa, pueden responderse más ampliamente desde una organización como la nuestra, históricamente comprometida con el colectivo.

El movimiento de Responsabilidad Social Corporativa cada vez es más fuerte y gran parte de las empresas que se suman a este movimiento lo hacen potenciando la inserción laboral de personas con minusvalía en su seno. La responsabilidad de empresas como la nuestra, que trabajan directamente con estos colectivos, es aún mayor.

PORQUE ES NECESARIO Y POSIBLE

Con el apoyo adecuado, las personas con enfermedad pueden trabajar. Lo muestran multitud de investigaciones en este campo, pero sobre todo nuestra propia experiencia en los Centros de Rehabilitación Laboral, con al menos un 50% de usuarios atendidos con actividad laboral.

Los centros de las Hermanas Hospitalarias pueden constituir un entorno de integración laboral altamente facilitador para muchos de nuestros usuarios. Facilitador de una experiencia laboral donde el acceso al apoyo por parte del equipo de su CRL es más flexible, a diferencia de algunos entornos laborales ordinarios. Y para

cuando no necesitan dicho apoyo, facilitador de una integración en nuestra organización en tanto que compañeros de trabajo.

Antecedentes

Esta tarea ya hace un tiempo que ha comenzado a dar sus primeros pasos en nuestra organización y en otras empresas del sector de la rehabilitación psicosocial con centros concertados con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Así, hasta diciembre del 2007, 17 usuarios del CRL de Retiro o Vallecas accedieron a puestos de trabajo dentro de las organizaciones que tienen concertados recursos con la Red Pública de Atención Social, 8 dentro de la Línea de Rehabilitación de las Hermanas Hospitalarias (además de otro usuario no atendido por el CRL).

Durante el 2008, 8 usuarios del CRL Retiro y Vallecas han trabajado para las Hermanas Hospitalarias. Se ofrecieron los puestos a personas que, aunque preparadas para afrontar sus exigencias con el apoyo del CRL, tuvieran especiales dificultades para acceder a un empleo ordinario. La satisfacción de todos los implicados ha sido alta.

En 2009 también han trabajado 8 usuarios del CRL Retiro y Vallecas para las Hermanas Hospitalarias: 7 en limpieza y 1 como administrativo.

En la mayor parte de los casos estamos ante un contrato ordinario en un entorno en el que la mayoría de los compañeros no tienen minusvalía (por ejemplo, los compañeros de un equipo de un CRPS, de un CD). La realidad es que estos entornos de trabajo tienen unas particularidades que los convierten en un espacio idóneo para la integración inicial de personas que tendrían dificultades importantes para adaptarse a los requerimientos de un entorno sin dichas características.

Lo principal es que estamos ante entornos especialmente sensibilizados con las dificultades de adaptación de estas personas, que van a facilitar al máximo una adaptación progresiva, un apoyo en el propio puesto de trabajo, una coordinación fluida con el personal de apoyo, etc. Así, personas que tendrían dificultades en un entorno ordinario, pueden tener una experiencia positiva que les permita confiar en sus posibilidades de afrontar un trabajo.

Por tanto, el Proyecto incluye la posibilidad de empleos transitorios con un apoyo intensivo (Programa de Empleo Transitorio HH Emplea) para ofrecer a personas que por sus dificultades en ese momento para acceder a empleo ordinario puedan beneficiarse de este tipo de entorno. Y también recoge la posibilidad de que personas con enfermedad mental que no tienen necesidad de este apoyo puedan acceder en igualdad de condiciones a otros puestos dentro de la organización (Programa de Inserción Laboral HH Emplea).

Para que este Proyecto pueda llevarse a cabo es fundamental que toda la organización participe y se comprometa con sus objetivos, desde los futuros compañeros de estos «usuarios-compañeros de trabajo» pasando por los coordinadores de los centros, hasta las gerencias y superiores. Por ello, el Proyecto incluye el Programa de Sensibilización HH Emplea.

OBJETIVOS

Objetivo general

Fomentar que las Hermanas Hospitalarias como organización se consolide como proveedor de oportunidades de integración laboral de personas con enfermedad mental.

Objetivos específicos

1. Consolidar y extender la sensibilidad de los distintos estamentos de la organización hacia las posibilidades de integración laboral de personas con enfermedad mental en su propio entorno.
2. Facilitar la intermediación y apoyos necesarios en el acceso y mantenimiento de puestos de trabajo temporales ofertados por las Hermanas Hospitalarias como medio de obtener experiencias laborales en entornos especialmente flexibles constituyendo un paso previo a empleos en entornos más normalizados.

Facilitar el acceso a procesos de selección para puestos de trabajo ordinarios dentro de la organización.

PROGRAMAS DEL PROYECTO HH EMPLEA

Para tratar de alcanzar estos 3 objetivos el Proyecto HH Emplea se compone de 3 Programas, cada uno de ellos con actividades diferenciadas.

- a) Programa de sensibilización HH Emplea.
- b) Programa de empleo transitorio HH Emplea.
- c) Programa de inserción laboral HH Emplea.

a) Programa de sensibilización HH Emplea

OBJETIVOS

Objetivo general

Consolidar y extender la sensibilidad de los distintos estamentos de la organi-

zación hacia las posibilidades de integración laboral de personas con enfermedad mental en su propio entorno.

Objetivos específicos

En los distintos estamentos de la organización:

- Fomentar la identificación de los objetivos de este Proyecto con los valores propios de las Hermanas Hospitalarias.
- Fomentar un mayor conocimiento de las posibilidades de inserción laboral de personas con enfermedad mental.
- Fomentar mayor conocimiento acerca de las experiencias ya existentes de usuarios de CRL trabajando en el seno de organizaciones del sector de la rehabilitación psicosocial, incluyendo la nuestra.
- Fomentar un mayor conocimiento acerca de los apoyos que pueden facilitar experiencias laborales integradoras y normalizadoras en nuestros centros.

ACTIVIDADES

1. *Apoyo por parte del CRL a supervisores de los centros con usuarios empleados.*
2. *Grupo de trabajo «usuarios y compañeros de trabajo».*

Formado por representantes de diversos centros (coordinadores y otros profesionales), dirección técnica de la LRHB, gerencia y dirección de RR.HH.

Con el objetivo de reflexionar, hacer propuestas, liderar su puesta en marcha y evaluar su desarrollo en el área del fomento de empleo para personas con enfermedad mental dentro de las hermanas hospitalarias.

3. *Elaboración de materiales divulgativos acerca del proyecto HH Emplea y acerca de empleo y enfermedad mental.*
4. *Presentación del proyecto en consejos de dirección.*
5. *Presentación del proyecto en jornadas técnicas de la LRHB.*
6. *Presentación del proyecto en los distintos centros de las hermanas.*

b) Programa de empleo transitorio HH Emplea

OBJETIVOS

Objetivo general

Facilitar la intermediación y apoyos necesarios en el acceso y mantenimiento de puestos de trabajo temporales ofertados por las Hermanas Hospitalarias como medio de obtener experiencias laborales en entornos especialmente flexibles constituyendo un paso previo a empleos en entornos más normalizados.

Objetivos específicos

- Consolidar los puestos actualmente ocupados por usuarios de CRL como puestos del programa.
- Fomentar el progresivo crecimiento de oportunidades de prácticas y empleo dentro de HHSCJ en puestos, categorías y ubicaciones cada vez más variadas dentro o fuera del programa.
- Proporcionar experiencias laborales que resulten satisfactorias para la persona y favorezcan el desarrollo de habilidades laborales.
- Proporcionar el apoyo necesario para la transición a empleos normalizados fuera del programa a aquellos usuarios que se considere adecuado.

Población a la que se dirige

Perfil de los candidatos a ser contratados en los puestos que ofrece el Programa:

- Usuarios con certificado de minusvalía >33%.
- Usuarios atendidos en un CRL que se ajuste a ofrecer los apoyos requeridos por el Programa.
- Usuarios que en ese momento tengan limitaciones para acceder a un empleo ordinario pero que con el apoyo del Programa se estime que puedan desempeñarse adecuadamente en los puestos que ofrece.

Metodología

Características de los puestos

El Programa comienza con 4 puestos de limpieza en los siguientes centros: CD Aravaca, CD Villaverde y Centro Menni (CRL, CRPS, CD y EASC Vallecas).

Agentes

- *Centro de rehabilitación laboral.* Con las funciones de:
 - Evaluar las características de los puestos que la empresa ponga a disposición del Programa.
 - Identificar los candidatos más adecuados para cada puesto cuando éste quede vacante.
 - Anticipar los posibles candidatos que puedan cubrir las vacantes lo antes posible.
 - Intermediar entre el usuario/s y la empresa en el proceso de selección para el puesto.
 - Explicar al usuario, en primer lugar, en qué consiste este programa.
 - Apoyar al usuario en el proceso de selección.

- Firmar, junto con el usuario-trabajador y el coordinador del centro de trabajo donde haya sido contratado, el acuerdo de compromisos.
- Apoyar al usuario en la adaptación al puesto de trabajo, con apoyo en el propio lugar de trabajo si es necesario.
- Coordinarse con el supervisor o encargado del usuario en su puesto de trabajo para facilitar las adaptaciones en las tareas, entorno, etc., que puedan fomentar su adaptación progresiva.
- Facilitar la información necesaria a la gerencia y RR.HH. para evaluar el grado de implementación y los resultados del Programa.
- Valorar si el trabajador cumple con el acuerdo de compromisos en lo referido a actividades rehabilitadoras y de formación.

• **Otros agentes de la organización**

- Coordinador del centro o del departamento en el que se ubica el puesto. Con las funciones de:
 - a) Realizar el proceso de selección de los candidatos, en coordinación con RR.HH.
 - b) Firmar el acuerdo de compromisos junto con el TAIL del usuario y éste y resolver dudas que puedan surgir sobre el programa.
 - c) Supervisar el desempeño del empleado en el puesto.
 - d) Coordinarse con la figura de apoyo del CRL para facilitar las adaptaciones necesarias para su adaptación al puesto.
 - e) Resto de funciones que como coordinador realiza con el resto de miembros de su equipo (incidencias, vacaciones, permisos, etc.).

- Recursos Humanos y Administración, Gerencia:
 - a) Identificar los puestos que podrían formar parte del Programa.
 - b) Selección de candidatos en coordinación con director del centro o departamento (RR.HH.).
 - c) Informar y sensibilizar a los diferentes estamentos de la organización acerca de la integración laboral de personas con minusvalía, la pertinencia de este Programa y facilitar el crecimiento de puestos ofertados.
 - d) Resto de funciones habituales idénticas a las desempeñadas con el resto de personal (contratación, revisiones médicas, etc.).

ACTIVIDADES

Desarrollo del Programa de Empleo Transitorio según las siguientes fases:

1. Captación de empleos y valoración de los puestos.
2. Selección de candidatos e intermediación.
3. Apoyo en el puesto de trabajo.
4. Fin del contrato, búsqueda de empleo y alta del programa.

c) Programa de inserción laboral HH Emplea

OBJETIVOS

Objetivo general

Facilitar el acceso a procesos de selección para puestos de trabajo ordinarios dentro de la organización.

Objetivos específicos

Fomentar que los CRL tengan información fluida acerca de los procesos de

selección que se ponen en marcha dentro de las Hermanas Hospitalarias.

Fomentar la recepción habitual por parte de RR.HH. de los CV de usuarios de CRL que estén buscando empleo.

ACTIVIDADES

1. *Reunión con RR.HH. y otras personas de la organización que participen en procesos de selección.*

A través del Grupo de Trabajo «Usuarios y Compañeros de Trabajo» se acordará la mejor metodología para que la información de puestos ofertados y demandas de usuarios en búsqueda de empleo fluya adecuadamente.

2. *Apoyo del CRL en los procesos de selección.*

Este apoyo se acordará con el usuario y será variable en cuanto al grado de intermediación realizado con la organización, desde únicamente facilitar la oferta existente para que la persona envíe su CV y participe en el proceso, hasta contactando con la empresa para intermediar por el usuario, lo que implicaría un acuerdo con él para revelar que es usuario del centro.

Realizamos una evaluación de resultados anual con distintas variables analizadas.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Para evaluar el grado en que este Proyecto se ha implementado, así como sus resultados, y de este modo poder valorar cómo mejorarlo y su continuidad, se hace necesario elaborar una memoria a final de cada año que recoja una descripción de las acciones que se han iniciado así como algunos indicadores, diferenciados por programas. Debe incluir un apartado final

de conclusiones, valoración del grado de cumplimiento de objetivos planteados para ese año y objetivos para el siguiente año.

a) *Programa de sensibilización HH Emplea.*

- Acciones de sensibilización iniciadas y alcance (n.º personas, etc.).

b) *Programa de empleo transitorio HH Emplea.*

- Puestos con los que ha contado el programa. Número. Características de cada puesto: ubicación, sector, jornada.
- Número de nuevos puestos que se han generado para el Programa ese año frente al año previo. Características de los nuevos puestos ídem.
- Usuarios empleados en dichos puestos (todos, contando suplencias).
- Modalidad de contrato utilizada en cada caso.
- Usuarios empleados que han finalizado el empleo durante el año. Motivo de finalización del empleo.
- Seguimiento de la situación de los usuarios del Programa que han finalizado su empleo dentro del mismo (trabajando, en qué, buscando empleo, inactivos...).
- Breve descripción del proceso de intervención en cada caso que ha participado en el Programa durante el año.
- Valoración del desempeño y otras variables laborales sobre los usuarios integrantes del programa por parte del responsable del centro que contrata durante y al finalizar su contrato. Estos datos se estudiarán en el CRL correspondiente junto con el usuario del programa. Valoraremos aquí la mejoría en el desempeño laboral del usuario duran-

te su transcurso en el programa HH Emplea.

- Satisfacción de los usuarios empleados con el puesto de trabajo/apoyo del Programa.

c) *Programa de inserción laboral HH Emplea*

- Ofertas de trabajo dentro de la organización que llegan al CRL.
- CV enviados a RR.HH.

- Usuarios que pasan por procesos de selección en la empresa.
- Usuarios contratados por la empresa (fuera del Programa de Empleo Transitorio).

Como objetivo planteado para el último trimestre de 2009 es conseguir un proyecto de sensibilización a través de una agencia de publicidad para posteriormente dar a conocer el proyecto a distintos centros de nuestra organización.

PROJECTE PONT

ENCARNA TOLEDO

Trabajadora Social. Área de adolescentes, CASM Benito Menni. Sant Boi de Llobregat.

LETICIA JIMÉNEZ

Terapeuta Ocupacional. Área de adolescentes, CASM Benito Menni. Sant Boi de Llobregat.

EULALIA NAVARRO

Coordinadora. Área de adolescentes, CASM Benito Menni. Sant Boi de Llobregat.

MERCÈ MARTÍNEZ

Monitora. Fundación Marianao. Sant Boi de Llobregat.

JOSEP TORRICO

Director. Fundación Marianao. Sant Boi de Llobregat.

Recepción: 13-07-10 / Aceptación: 20-07-10

RESUMEN

El Projecte Pont comenzó en el año 2004, actualmente en el 2008 hemos tenido 89 pacientes ingresados en subagudos de los que el 64,04 % han sido vinculados a Projecte Pont.

Este proyecto es fruto de la cooperación entre la Unidad de Adolescentes de CASM Benito Menni, principalmente la Unidad de Subagudos, y la Fundación Marianao, a través del «Casal Infantil y Juvenil de Marianao» que es una entidad de barrio con iniciativa social que promueve diversos proyectos socioeducativos dirigidos a niños y adolescentes, jóvenes, adultos y a la comunidad en general.

Es un Programa de socialización y normalización a través de actividades realizadas en un «casal comunitario» cuya finalidad es potenciar la participación de los adolescentes ingresados en la unidad de subagudos en los ámbitos y espacios de

relación comunitaria, dentro de su proceso de rehabilitación personal y en la transición hacia la inserción social, escolar y laboral.

La población diana son pacientes ingresados en la Unidad de Subagudos, en los que se quiere incidir de manera especial, en que conozcan los recursos que hay en la comunidad y al regreso a su municipio de origen, se vinculen en sus propios recursos comunitarios, para que sirvan de sostén e integración en el proceso de normalización.

Este proyecto forma parte del Programa terapéutico individualizado (PTI) y complementa el programa de grupos y actividades terapéuticas que se desarrollan en la propia unidad de subagudos.

Palabras clave

Unidad de subagudos, adolescentes, inserción social.

ABSTRACT

The «Projecte Pont» (or Bridge Project) started in year 2004. At present, in 2008, we have had 89 patients admitted to the Subacute Inpatient Unit, of which the 64,04 % have been linked to «Projecte Pont».

This project is the result of the cooperation among the teenagers unit of CASM Benito Menni, mainly the subacute inpatient unit, and the Marianao Foundation, across the «Casa Infantil y Juvenil de Marianao». This is an neighbourhood entity with social initiative, promoting several socio-educational projects aimed at children, teenagers, young people, adults and community in general.

It is a program of socialization and normalization through activities carried out in a community centre, which purpose is to promote the participation of these teenagers admitted in the subacute unit in areas and spaces of community relation, along their process of personal rehabilitation and transition towards the social, educational and labour world placement.

The target population are the patients admitted to the subacute unit, in those we want have a special effect, letting them know the existing resources in the community, so they can get linked to their own community resources when they return to their town of origin, what would serve as support and integration into the normalization process.

This project is part of the Individualized Therapeutic Program (PTI) and complements the groups program and therapeutic activities developed at the of subacute inpatient unit itself.

Keywords

Subacute unit, teenagers, social placement.

PRESENTACIÓN DE LA UNIDAD DE ADOLESCENTES DEL CASM BENITO MENNI

El área de adolescentes está dirigida al tratamiento hospitalario de adolescentes de toda Cataluña, afectos de algún proceso psiquiátrico que por su gravedad no pueden ser controlados en el resto de dispositivos de la Red Asistencial en Salud Mental Infantil y Juvenil Catalana.

El servicio está dirigido a adolescentes de ambos sexos en edades comprendidas entre los 12 y 18 años.

1. Criterios de ingreso en la UCA (Unidad de Crisis de Adolescentes).
 - Edad de 12 a 18 años.
 - Valoración previa al ingreso (CSMIJ, URPI, Hospital general, etc.).
 - Situación de crisis no abordable por otros equipamientos de la Red de salud mental infantil y juvenil, con independencia del tipo de patología.
 - Riesgo de actuación.
 - Necesidad de contención externa.
 - Diagnóstico diferencial.
 - Pauta psicofarmacológica.
 - Establecer vínculo terapéutico (paciente/familia).
 - Tratamiento de fases críticas o del proceso de la patología establecida.
2. Criterios de ingreso en la USA (Unidad de Subagudos de Adolescentes).
 - Persistencia de la sintomatología y/o refractariedad al tratamiento.
 - Abandono del tratamiento.
 - Dificultad en el seguimiento ambulatorio.
 - Los ingresos son programados.
 - Edades comprendidas entre los 12 y 18 años.

3. Perfil de usuario USA (aspectos clínicos).
 - Trastornos afectivos y/o ansiosos graves.
 - Ideación autolítica persistente.
 - Trastornos conductuales graves.
 - Trastornos de personalidad.
 - Trastornos psicóticos.
4. Criterios de exclusión.
 - Disminuidos psíquicos sin comorbilidad psiquiátrica.
 - Toxicomanías puras.
 - Trastornos alimentarios.
 - Ingresos residenciales.

PRESENTACIÓN FUNDACIÓN MARIANAO

El «Casal Infantil y Juvenil de Marianao» es una entidad de iniciativa social que desde el año 1985 promueve diversos proyectos socioeducativos dirigidos a niños y adolescentes, jóvenes, adultos y a la comunidad en general, incidiendo de manera especializada en los colectivos en situación de alto riesgo social. Su ámbito de intervención preferente es la realidad local de Sant Boi de Llobregat y la comarca del Baix Llobregat.

INTRODUCCIÓN

El «Projecte Pont» está destinado a pacientes de la unidad de subagudos. Es un proyecto contextualizado en el marco de las acciones, destinadas a llevar a cabo el proceso de rehabilitación psicosocial, que aparecen descritas en el Programa Terapéutico Individual (PTI).

El PTI es la herramienta de consenso para la programación de la intervención rehabilitadora, centrada en el individuo. Constituye un documento en el que se

definen los objetivos y propuestas de tratamiento de manera sistemática, estructurada y evaluable de las diferentes disciplinas. Previamente a su elaboración cada profesional implicado en el caso realiza una valoración desde su ámbito técnico.

Se plantean los objetivos, métodos y recursos terapéuticos más adecuados para cada usuario, atendiendo aspectos psicopatológicos, emocionales, sociales y familiares del paciente, su motivación respecto al tratamiento y el grado de autonomía personal que presenta.

Se lleva a cabo entre el CASM Benito Menni (unidad de adolescentes) y en colaboración con la Fundación Marianao (Casal de Jóvenes situado en la localidad de Sant Boi de Llobregat).

Se pretende que los pacientes conozcan y se familiaricen con los recursos comunitarios, para facilitar que en el momento del alta, se vinculen a los de su propio municipio de residencia y se siga trabajando la normalización comunitaria en recursos también ajenos a la salud mental.

El Projecte Pont es un programa de socialización y normalización a través de actividades realizadas en un «casal comunitario» cuya finalidad es potenciar la participación de los adolescentes ingresados en la unidad de subagudos en los ámbitos y espacios de relación comunitaria, dentro de su proceso de rehabilitación personal y en la transición hacia la inserción social, escolar y laboral.

Está dirigido a los adolescentes que presenten carencias a nivel de capacidades de desempeño (cognitivas, competencia social, destrezas), a nivel volitivo (intereses, motivaciones, expectativas), de hábitos y roles (escasos roles de adolescente normalizado).

La población diana son pacientes ingresados en la unidad de subagudos, en los que se quiere incidir de manera especial, en que conozcan los recursos que

hay en la comunidad y al regreso a su municipio de origen, se vinculen en sus propios recursos comunitarios, para que sirvan de sostén e integración en el proceso de normalización.

OBJETIVOS

- Ofrecer una atención especializada, ofreciendo un modelo integrador y socializador dentro de un recurso normalizado de la comunidad, ajeno a la red de salud mental.
- Implicar a los adolescentes en la participación de un programa de actividades educativas, formativas, de orientación laboral y ocio-tiempo libre, para favorecer la vinculación a este tipo de recurso dentro de su municipio de origen en el momento del alta.
- Potenciar la adquisición o recuperación de la competencia ocupacional de los pacientes vinculados, recuperando o potenciando hábitos y roles adecuados a su edad, reforzando y complementando los objetivos recogidos en el PTI, con la finalidad de optimizar los procesos de normalización e integración social.
- Adquirir los aprendizajes y las aptitudes necesarias para la inserción en programas de captación social y laboral.
- Trabajar las capacidades de desempeño, con especial atención a las habilidades sociales y de interacción con el grupo, así como la comprensión y adecuación al entorno concreto.
- Ofrecer experiencias y espacios que puedan convertirse en situaciones socializadoras.

METODOLOGÍA

El Projecte Pont se realiza durante todo el año (excepto vacaciones de verano

y navidad) de lunes a jueves alternando los grupos de pacientes, de tal forma que un grupo va lunes y miércoles, el otro martes y jueves. Cada grupo está integrado por 4 ó 5 pacientes. El horario es de 10 a 12 h de la mañana.

La elección de los candidatos para incluirlos en el «Projecte Pont», se realiza según los objetivos y acciones planteados de forma interdisciplinar en el PTI de cada paciente. La última valoración de la vinculación en el proyecto vendrá determinada por la Terapeuta Ocupacional. Es necesaria la autorización escrita de los padres o tutores legales del menor.

Los pacientes van acompañados por personal auxiliar desde la unidad hasta el Casal de Marianao situado en una calle cercana (a unos 200 metros aproximadamente). Este acompañamiento se realiza a la ida y vuelta, y una vez allí quedan con los responsables del proyecto en el casal. Ante cualquier incidente o problema en el transcurso de las actividades, desde Marianao se avisa al hospital, acudiendo el personal de nuestro centro.

En el casal hay dos monitores especializados en salud mental dedicados en exclusiva a este proyecto.

Se realiza una reunión de coordinación semanal, a la que asisten del Casal de Marianao la monitora de referencia y desde la unidad de subagudos la trabajadora social, la terapeuta ocupacional y la enfermera del turno de mañana. En esta reunión se explica el contenido de las actividades realizadas, se exponen los problemas o incidencias ocurridas y se realiza el seguimiento en los diversos talleres de cada paciente y la revisión de los objetivos conseguidos.

También se presentan los nuevos candidatos incidiendo en:

- Las capacidades de desempeño del adolescente (en especial ocupacionales, de habilidades sociales e interac-

ción en el grupo de iguales, dificultades cognitivas, etc.).

- Las dificultades del área volitiva (intereses, motivaciones, expectativas).
- Dificultades con el entorno.
- Nivel de estudios y núcleo familiar.
- Objetivos que se pretenden conseguir.

Semanalmente, en la reunión de equipo de la unidad de adolescentes se explica la evolución de cada paciente y los objetivos conseguidos. En esta reunión asiste todo el equipo (enfermería, psiquiatras, psicólogas, Trabajadora social y la Terapeuta Ocupacional).

En el «Grupo de Familias», que es un grupo multidisciplinar dirigido a los padres de los pacientes ingresados en la unidad de subagudos, se ofrece información sobre el funcionamiento de la unidad, se habla de los aspectos generales del tratamiento, se explican los progresos del paciente, trabajando con la familia el refuerzo de todos los roles de adolescente «sano»: intentando potenciar en casa todas las capacidades y habilidades más normalizadas que muestran en las diferentes actividades de Proyecto Pont, para que no se acomoden en el rol de enfermo. El citado grupo está dirigido por la Trabajadora Social, que se reunirá quincenalmente cada martes con los padres de los pacientes, en una sesión de una hora.

Tanto la Terapeuta Ocupacional como la Trabajadora Social, trabajamos de forma individual con cada chico las dificultades que se encuentran en Proyecto Pont y las expectativas que tienen. El resto del equipo tanto enfermería como los Terapeutas responsables, hace un refuerzo continuo de los logros del paciente.

A nivel de coordinación general, se realiza una reunión semestral en la que participan además la psiquiatra coordinadora de la unidad de adolescentes y del

director del casal de Marianao, dónde se evalúa el desarrollo del proyecto.

ACTIVIDADES PROYECTE PONT

- *Repaso escolar:* 45 minutos semanales. Espacio para la formación básica que pretende ofrecer un refuerzo a los aprendizajes y los contenidos del currículum académico que estos adolescentes desarrollan en su centro académico.
- Taller de manualidades de carácter lúdico, son los adolescentes quienes proponen las diferentes actividades.
- *Alfabetización informática:* espacio que pretende ofrecer experiencias a través del aprendizaje y acceso a las nuevas tecnologías, incrementando las competencias en relación a las habilidades y aptitudes necesarias para la inserción de programas de carácter sociolaboral.
- *Taller de cocina:* espacio de formación prelaboral. En este espacio además del aprendizaje del taller en sí, se potencia la organización de alguna sesión por parte de los propios chicos.

TABLA I
Porcentaje de pacientes ingresados en subagudos vinculados al Proyecto Pont

Año	Pacientes ingresados subagudos	% vinculados a Proyecto Pont
2004	47	27,65
2005	73	38,35
2006	84	58,33
2007	81	61,72
2008	89	64,04

En un futuro cercano nos gustaría plantearnos el seguimiento de la posible vinculación de estos pacientes a los diferentes recursos comunitarios de ocio y/o a recursos prelaborales de su propio municipio, aunque resulta muy complejo ya que hay que considerar que la Unidad de Subagudos Adolescentes abarca a toda Cataluña, y este tipo de recursos son de barrio o municipales, ajenos a redes de Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Badaracco J. El grupo multifamiliar en el contexto de la psicoterapia en general. 1997; Boletín 7:3-16.
2. García Alba J, Mascaraque Fontecha AM. Monográfico: Trabajo Social con familias. 1994.
3. Rion WR. «Experiencias en grupos». Ed. Paidós; 1980.
4. López Atienza JL. «La función terapéutica grupal en el proceso terapéutico de los pacientes psicóticos». VI Jornadas Nacionales de Hospitales y centros de Día. Barcelona; 1988 (Trabajo).
5. Kielhofner G. «Terapia ocupacional. Modelo de Ocupación Humana.» Ed. Panamericana; 2004.
6. Sameroff AJ. «Developmental Systems: context and evolution». Handbook of child psychology. Ed. PH Mussen; 1983.
7. Cheseldine S, Jeffree D. Mentally handicapped adolescents: Their use of leisure time. Journal of Mental Health Deficiency Research 1981;25:49-59.
8. Coyne P. «Developing social skills in the developmentally disable adolescent and young adult». Journal of leisure 1980;7:70-76.
9. Grob M, Singer J. «Adolescent patients in transition: Impact and outcome of psychiatric hospitalization». Ed. Behavioral Publications; 1974.
10. Durante P, Noya B. «Terapia Ocupacional en Salud Mental: Principios y práctica». Ed. Masson; 1998.
11. Frago E, Jover A, López VM & cols. «El empleo de los inempleables». Ed. Popular; 1996.

POSIBILIDAD DE ESTABLECER MODELOS PREDICTIVOS EN EL CAMPO DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

MARTA ARRIETA RODRÍGUEZ

Directora Técnica. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni. Santander.

ISMAEL LASTRA MARTÍNEZ

Psiquiatra. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

ROSARIO BENGOCHEA SECO

Psicóloga clínica. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni. Santander.

DAVID GIL SANZ

Psicólogo clínico. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni. Santander.

MARÍA DEL MAR FERNÁNDEZ MODAMIO

Psicóloga Clínica. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni. Santander.

Recepción: 13-07-10 / Aceptación: 20-07-10

RESUMEN

El objetivo de este estudio es llegar a establecer si es posible la determinación de modelos predictivos en el campo de la Rehabilitación Psicosocial que optimicen los procesos de reinserción social de las personas con diagnóstico de esquizofrenia. Nuestra hipótesis de trabajo es que el posible fracaso en el proceso de rehabilitación puede predecirse basándonos en variables significativas evaluadas de forma previa al inicio del programa de rehabilitación. Se estudió en una muestra de 69 pacientes usuarios de un Centro de Rehabilitación Psicosocial la relación entre el progreso rehabilitador y el rendimiento neuropsicológico basal, psicopatología y tratamiento farmacológico, variables todas ellas que ya habían mostrado tal relación en un estudio previo. El análisis de regresión logística reveló que los

predictores de progreso fueron las puntuaciones BPRS; puntuación total de la PANSS; puntuación de la escala positiva de la PANSS; puntuación de la escala «evaluación cognitiva» (evaluación durante los primeros 15 días del proceso de valoración y rehabilitación); dosis de anticolinérgicos (correctores de efectos secundarios de los antipsicóticos) y dosis de antipsicóticos de depósito utilizados. Nuestros datos apoyaron por tanto la posibilidad de establecer modelos predictivos del éxito o fracaso en el proceso de rehabilitación activa no pudiendo, no obstante, ser generalizables a otros modelos de rehabilitación.

Palabras clave

Modelo predictivo, rehabilitación psicosocial, enfermedad mental grave, esquizofrenia.

ABSTRACT

The aim of this study is to evaluate the possibility to develop predictive models in the field of Psychosocial Rehabilitation that optimize the processes of social rehabilitation of people with a diagnosis of schizophrenia. The main hypothesis is that a possible failure in the rehabilitation process can be predicted based on significant variables assessed at the beginning of the treatment. A sample of 69 users of a Psychosocial Rehabilitation Centre was recruited and the relationship between progress in rehabilitation and neuropsychological performance baseline, psychopathology and drug treatment, all variables that had shown such a relationship in a previous study, was studied. The logistic regression analysis revealed that scores in BPRS, PANSS (total score), PANSS (positive scale), «cognitive assessment» (evaluation during the first 15 days of the assessment process); doses of anticholinergics and doses of antipsychotics were found as the predictors of progress. Our data supports the possibility to identify predictive models in our program although it can not be generalized to other rehabilitation models.

Keywords

Predictive model, psychosocial rehabilitation, severe mental disorder, schizophrenia.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia frecuentemente se ha conceptualizado como una enfermedad de larga evolución con síntomas persistentes, recurrentes y con baja probabilidad de remisión sostenida al tiempo que con alto grado de discapacidad funcional. Resulta indiscutible que si bien el tratamiento con antipsicóticos ha contribuido

en gran medida a la remisión de la sintomatología positiva, a la vez que a la reducción considerable del número de exacerbaciones y recaídas de la enfermedad, todavía se muestra insuficiente en modificar la sintomatología negativa^{10, 22}, así como el déficit en el funcionamiento cognitivo y social³².

En el estado actual de la investigación se aboga por tanto por un modelo integrador de intervención que priorice la optimización de la terapia farmacológica en combinación con toda una serie de técnicas psicológicas, basadas en la teoría del aprendizaje y la terapia cognitivo-conductual, que contribuyen a mejorar los déficits sociales característicos de esta población, maximizándose en definitiva ambas intervenciones.

Es en la década de los ochenta cuando se aboga por el desarrollo de técnicas específicas de rehabilitación psicosocial produciéndose un creciente desarrollo de propuestas concretas de intervención en los noventa. Cinco son las principales técnicas de probada eficacia en el área de la intervención psicosocial: rehabilitación cognitiva de déficits básicos en el procesamiento de la información^{3, 14, 17}, entrenamiento de la competencia social^{9, 13}, terapia cognitiva aplicada al tratamiento de la sintomatología positiva^{6, 8, 39}, psicoeducación y terapia familiar^{24, 40}; y tratamientos integrados para mejorar el funcionamiento cognitivo y social^{5, 36}. El manejo de casos y el empleo con apoyo se presentan como dos intervenciones complementarias que se han de integrar con las ya mencionadas^{32, 34}.

Si bien es probada, en términos generales, la eficacia de estas intervenciones, dada la heterogeneidad de los pacientes que presentan esquizofrenia, se ha de considerar la diversidad de situaciones clínicas con el fin de diseñar e implementar la intervención de forma individualizada. Estudios retrospectivos y prospec-

tivos sugieren ya que tanto los pacientes de larga evolución como aquellos de comienzo reciente pueden verse favorecidos por un tratamiento global y continuo, así como por factores personales tales como el apoyo familiar y el buen funcionamiento cognitivo²⁵.

Por el momento son todavía escasos los trabajos en nuestro país que estudien específicamente aquellos posibles factores relacionados con la posibilidad de avance en el proceso rehabilitador hacia niveles crecientes de inserción comunitaria en esta población. Constituye, no obstante, un campo prometedor que va tomando vigencia en los últimos años.

Como potentes predictores de resultados asociados a la recuperación sintomática y social en la investigación internacional se han descrito la adhesión al tratamiento farmacológico, el tiempo de evolución de la enfermedad¹⁸, la ausencia de abuso de sustancias, el nivel de ajuste premórbido³⁸ y diferentes tipos de factores ambientales como el status residencial o el tipo de recurso asistencial³⁷, factores familiares, y el acceso a tratamiento global, coordinado y continuo²⁵. Particular atención en la literatura reciente se ha prestado al insight del paciente²⁶, duración de la psicosis sin tratar y buena respuesta inicial a los antipsicóticos¹⁶, y buen rendimiento neuropsicológico^{7, 20, 21, 41}.

De un modo más específico el rendimiento neuropsicológico se ha evidenciado como un importante predictor relacionándose con un amplio número de medidas de adquisición de habilidades específicas¹¹, mejora general del funcionamiento global en el entorno^{2, 4, 34, 35, 42} y desempeño laboral^{1, 3, 4, 28}. Así mismo se ha evidenciado una fuerte asociación con el avance en el proceso de rehabilitación psicosocial en general^{19, 27} y con la respuesta al entrenamiento en habilidades sociales en particular^{23, 32, 33}.

Por otro lado la sintomatología negativa o la presencia del síndrome deficitario y los síntomas de desorganización conceptual²⁹ se han evidenciado como una importante barrera al desarrollo del proceso de rehabilitación y a la incapacidad funcional en los dominios social y laboral^{15, 18} aún cuando se han valorado de manera independiente de la neurocognición³¹. En este mismo sentido de la prescripción de antipsicóticos típicos, habitualmente unido a anticolinérgicos, surgen toda una serie de déficits cognitivos y sintomatología negativa secundaria^{12, 30}, que dificulta el proceso rehabilitador.

En definitiva, y a pesar de que la investigación en la predicción de resultados en esquizofrenia precisa aún mayor clarificación, ya se puede hablar de un campo emergente de desarrollo con importantes implicaciones para la práctica clínica.

Estos hallazgos nos llevarían a considerar la posibilidad futura de desarrollar modelos concretos de predicción a la hora de valorar la probabilidad de recuperación de nuestros pacientes y de discriminación de aquellos que podrían ser potencialmente beneficiarios de una rehabilitación activa frente a los que no lo son y precisarían algún otro tipo de intervención alternativa.

En este sentido en el presente estudio nos proponemos identificar aquellas variables de inicio con capacidad predictora del éxito en el proceso llevado a cabo en un modelo específico de intervención con el fin último de poder llegar a identificar en un futuro a los pacientes candidatos más beneficiarios de programas específicos de rehabilitación activa.

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra de pacientes estudiados estuvo compuesta por todos aquellos derivados al Centro de Rehabilitación Psi-

cosocial Padre Menni de Santander perteneciente a la Red de Salud Mental financiado por el Gobierno de Cantabria ($n = 69$). El total de la muestra presentaba diagnóstico de esquizofrenia u otro tipo de trastorno psicótico según criterios CIE-10. Se excluyeron los casos que presentaban diagnóstico de trastorno orgánico cerebral o conductas disruptivas que les impidiesen beneficiarse del programa.

TABLA I
Características de la muestra

	N = 69	%
<i>Sexo</i>		
Varones	43	62,3
Mujeres	26	37,7
<i>Grupo de edad</i>		
<25 años	18	26,1
25-35 años	34	49,3
36-45 años	14	20,3
>45 años	3	4,3
<i>Núcleo de convivencia</i>		
Institucionalizado	12	17,4
Comunidad	57	82,6
<i>Nivel educativo</i>		
Estudios incompletos	5	7,2
Primarios	38	55,1
Formación profesional I	4	5,8
FP II/ BUP/ COU	21	30,4
Diplomatura	1	1,4
<i>Años de evolución</i>		
<5 años	14	20,3
5-10 años	30	43,5
>10 años	25	36,2
<i>Historia de ingresos</i>		
0-1	26	37,7
2-4	22	31,9
5 o más	19	27,5

La tabla I describe las características de la muestra.

De forma previa al inicio de la intervención se llevó a cabo una evaluación inicial de toda la muestra obteniéndose información de distintas variables socio-demográficas, clínicas y de funcionamiento psicosocial, a través de entrevista personal con el paciente y la familia y datos procedentes de su historial e informes médicos. La sintomatología se valoró mediante la Escala del Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS) (Kay *et al*, 1987) en la versión traducida y validada al castellano por Peralta y Cuesta (1994). El rendimiento neuropsicológico se evaluó mediante la aplicación de una versión abreviada del Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica Test Barcelona (Peña Casanova, 1990). La valoración del desempeño cognitivo se completó mediante la aplicación de la Escala de Observación y Registro destinada a la evaluación continuada de los progresos terapéuticos en las áreas de atención, memoria y razonamiento de los pacientes sometidos al proceso de rehabilitación cognitiva. Los ítems de la escala fueron observados y puntuados semanalmente por el profesional rehabilitador de esta área. Para valorar la función cognitiva basal se computó la media total correspondiente a los 15 primeros días de participación en el programa de rehabilitación cognitiva en una escala de 0 a 10 (puntuaciones elevadas indicaban desempeños superiores). El total de la muestra fue sometido a un proceso estandarizado y simultáneo de rehabilitación cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación basado en modelos previos de rehabilitación psicosocial, destinados a personas con enfermedad mental de larga evolución en el marco de una atención comunitaria integral.

El éxito o fracaso en el proceso de rehabilitación se valoró a los dos años del

inicio del proceso mediante una variable dicotómica: 0: en rehabilitación; 1: finalizado el proceso de rehabilitación. Esta variable se asoció con otras que han demostrado su relación con el éxito en programas de rehabilitación. Para las variables cualitativas se utilizó la Chi-cuadrado y la comparación de medias mediante la t de Student-Fisher para variables cuantitativas. Una vez establecidas aquellas variables relacionadas con la variable diana, se utilizó un modelo predictivo de regresión logística a fin de determinar las variables a incluir en el mismo así como la especificidad y sensibilidad conseguida con dicho modelo. Los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa SPSS (vers. 11.0).

RESULTADOS

Las variables relacionadas con la variable diana fueron: puntuación del BPRS; puntuación total de la PANSS; puntuación de la escala positiva de la PANSS; puntuación de la escala «evaluación cognitiva» (evaluación durante los primeros

15 días del proceso de valoración y rehabilitación); dosis de anticolinérgicos (correctores de efectos secundarios de los antipsicóticos) y dosis de antipsicóticos de depósito utilizados. Estas variables se metieron en un modelo de regresión logística (en la tabla II se presentan las que quedaron como predictivas).

Una vez establecida la ecuación de regresión, el modelo otorga la respectiva probabilidad de rehabilitación a cada paciente, utilizando un punto de corte de 0,5 para clasificar a los pacientes en «no rehabilitados» (puntuaciones otorgadas por el modelo menores de 0,5) o rehabilitados (puntuaciones mayores o iguales de 0,5). El modelo de predicción obtiene unos buenos valores de sensibilidad, con una especificidad que alcanza casi el 75 %. La tabla III muestra los resultados.

Desde el punto de vista clínico, nos interesa sobre todo el aumento de la sensibilidad del mismo, es decir, minimizar al máximo la casilla de 6 pacientes que tuvieron éxito en el proceso, pero que el modelo clasifica como «no rehabilitados». A este fin, forzamos la clasificación utilizando un punto de corte de 0,4, clasi-

TABLA II
Variables en la ecuación

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0 % para EXP(B)	
Dosis anticolinérgico	-,344	,171	4,073	1	,044	,709	,507	,990
Dosis antipsicótico depot	-,775	,438	3,138	1	,077	,461	,195	1,086
Puntuación total BPRS	-,117	,035	11,200	1	,001	,889	,830	,953
Constante	4,575	1,227	13,915	1	,000	97,056		

Prueba ómnibus sobre los coeficientes del modelo

	χ^2	gl	Sig.	R ² de Nagelkerke
Paso	-1,878	1	,171	
Modelo	34,56	3	,000	,527

TABLA III
Especificidad y sensibilidad del modelo tomando como valor de corte 0,5

		Pronosticado		Porcentaje correcto
		En proceso de rehabilitación	Rehabilitado	
Observado	En proceso de rehabilitación	23	8	Especificidad 74,2
	Rehabilitado	6	32	Sensibilidad 84,2
Porcentaje global				79,7

TABLA IV
Especificidad y sensibilidad del modelo tomando como valor de corte 0,4

		Pronosticado		Porcentaje correcto
		En proceso de rehabilitación	Rehabilitado	
Observado	En proceso de rehabilitación	21	10	Especificidad 67,7
	Rehabilitado	3	35	Sensibilidad 92,1
Porcentaje global				81,2

ficando así el modelo como «rehabilitables» a aquellos pacientes con probabilidades mayores o iguales a 0,4 y «no rehabilitables» con proporciones menores. Los nuevos valores se especifican en la tabla IV.

Utilizando este nuevo punto de corte de clasificación, obtenemos una sensibilidad del 92,1 %. De igual forma, ese aumento de la sensibilidad conlleva aparejada una reducción de la especificidad que, en cualquier caso, nos permite clasificar de forma adecuada un 67,7 % de pacientes²¹ en los que podemos predecir de forma fiable que fracasarán en nuestro programa, evitando así su frustración y la del equipo y posibilitando su inclusión en otros programas de mínimos que per-

mitan modificar en el tiempo adecuado las variables que relacionamos con su fracaso.

CONCLUSIONES

Nuestros datos apoyan la posibilidad de establecer modelos predictivos del éxito o fracaso en el proceso de rehabilitación activa no pudiendo, no obstante, ser generalizables a otros modelos de rehabilitación. Resultaría de sumo interés investigar dentro de cada modelo de rehabilitación muestras de pacientes que permitan determinar modelos predictivos a fin de evitar a futuros pacientes, la inclusión en procesos largos, costosos y que

a la postre pueden resultar frustrantes y generadores de falta de adherencia a los tratamientos e incluso de recaídas en la enfermedad. Por otro lado la identificación temprana de estos pacientes que tienen menor probabilidad de completar con éxito los programas de rehabilitación, permitiría prevenir la sobreestimulación incluyéndoles en programas menos exigentes dirigidos a estabilizar y mejorar aquellas variables que se hayan identificado como «predictoras» de mala respuesta al programa. En definitiva, la evaluación previa a la intervención que nos ofrece una primera aproximación de los posibles logros que se pueden esperar en los pacientes puede ayudarnos a evitar la frustración final tanto de los propios pacientes como de los profesionales que componen los equipos de intervención y a optimizar los recursos en base a criterios de coste-beneficio.

Sería conveniente el desarrollo de nuevos estudios que replicasen este tipo de resultados de cara a delimitar diferentes tipos de intervención que respondan a la heterogeneidad de esta población contribuyendo en último término a su recuperación. Entre las limitaciones del estudio cabe destacar el hecho de que un alto porcentaje de la muestra tomaba medicación anticolinérgica lo cual podía estar mediando en el rendimiento neuropsicológico. Así mismo el hecho de tratarse de pacientes incorporados voluntariamente a un servicio específico de rehabilitación podría haber sesgado parcialmente los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bedia MA, Arrieta M, Tazón A, Fernández M, Payá B, Lastra I. Psicosocial rehabilitation in schizophrenia: variables related with rehabilitation. *Actas Esp Psiquiatr* 2001;29(6):357-367.
2. Bell MD, Bryson G. Work rehabilitation in schizophrenia: Does cognitive impairment limit improvement? *Schizophr Bull* 2001;27(2):269-279.
3. Bellack AS, Gold JM, Buchanan RW. Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Problems, prospects and strategies. *Schizophr Bull* 1999;25(2):257-274.
4. Brekke JS, Raine A, Ansel M, Lencz T, Bird L. Neuropsychological and psychophysiological correlates of psychosocial functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1997;23(1):19-28.
5. Brenner HD, Hodel B, Roder V, Corriegan P. Integrated psychological therapy for schizophrenic patients (IPT): Basic assumptions, current status and future directions. En: Ferrero FP, Haynal AE, Sartorius N (Eds.). *Schizophrenia and affective psychoses: Nosology in contemporary psychiatry*. London, John Libbey; 1994: 201-209.
6. Buccheri R, Trygstad L, Kanas N, Dowling G. Symptom management of auditory hallucinations in schizophrenia. Results of 1-year follow up. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1997; 35(12):20-28.
7. Buckley PF, Harvey PD, Bowie CR, Loebel A. The relationship between symptomatic remission and neuropsychological impairment in schizophrenia patients switched to treatment with ziprasidone. *Schizophr Res* 2007;94: 99-106.
8. Chadwick PDJ, Lowe CF. A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behavioural Research Therapy* 1994;32:355-367.
9. Chambon O, Marie-Cardine M, Dazord A. Social skills training for chronic psychotic patients: A French study. *Eur Psychiatry* 1996;11(2):77s-84s.

10. Corrigan PW, Stozbach DM. Behavioural interventions for psychotic symptoms. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44(4):341-347.
11. Corrigan PW, Wallace CJ, Shade ML, Green MF. Cognitive dysfunctions and psychosocial skill learning in schizophrenia. *Behaviour Therapy* 1994;25: 5-15.
12. Corrigan PW, Toomey R. Interpersonal problem solving and information-processing in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21:395-403.
13. Corrigan PW. The social perceptual deficits of schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*. 1997;60(4):309-326.
14. Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A. Illness duration and neuropsychological impairments in schizophrenia. *Schizophr Res* 1998;33:141-150.
15. Davidson L, McGlashan TH. The varied outcomes of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1997;42:34-43.
16. Emsley R, Rabonowitz J, Medori R. Remission in early psychosis: Rates, predictors, and clinical and functional outcome correlates. *Schizophr Res* 2007;89:129-139.
17. Espert R, Navarro JF, Gadea M. Neuropsicología de la esquizofrenia. *Psicología conductual* 1998;6(1):29-48.
18. Glynn SM. Psychopathology and Social Functioning in Schizophrenia. En: Mueser KT and Tarrier N (eds). *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia*. Mass, Ally & Bacon; 1998: 68-78.
19. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the «right stuff»? *Schizophr Bull* 2000;26(1):119-135.
20. Helldin L, Kane JM, Karilampi U, Norlander T, Archer T. Remission and cognitive ability in a cohort of patients with schizophrenia. *J Psychiatr Res* 2006;40:738-745.
21. Holthausen EA, Wiersma D, Cahn W, Khan RS, Dingemans PM, Schene AH, van den Bosch RJ. Predictive value of cognition for different domains of outcome in recent-onset schizophrenia. *Psychiatr Res* 2007;149:71-80.
22. Huxley NA, Rendall M, Sederer L. Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *J Nerv Ment Dis* 2000;188(4):187-201.
23. Kern RS, Green MF, Satz P. Neuropsychological predictors of skills training for chronic psychiatric patients. *Psychiatry Res* 1992;43:223-230.
24. Leff J. Manejo familiar de la esquizofrenia. En: Shriquei CL & Nasrallah HA (Eds.). *Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia*. Washington DC, American Psychiatric Press; 1996: 777-800.
25. Liberman RP, Kopelwicz A. Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación Psicosocial* 2004;1(1):12-29.
26. Lincoln TM, Lullmann E, Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr Bull* 2007;33:1324-1342.
27. Lysaker PH, Bell MD, Zito WS, Bioty SM. Social skills at work: Deficits and predictors of improvement in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1995;183: 688-692.
28. McGurk SR, Mueser KT, Harvey PD, LaPuglia R, Marder J. Cognitive and Symptom predictors of work outcomes

- for clients with schizophrenia in supported employment. *Psychiatr Serv* 2003;54:1129-1135.
29. Milev P, Ho B, Arndt S, Andreasen N. Predictive values of neurocognition and negative symptoms in functional outcome in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2005;162:495-506.
30. Minzenberg MJ, Poole JH, Benton C, Vinogradov S. Association of anticholinergic load with impairment of complex attention and memory in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161:116-124.
31. Mohamed S, Rosenheck R, Swartz M, Stroup S, Lieberman JA, Keefe SE. Relationship of cognition and psychopathology to functional impairment in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;165:978-987.
32. Mueser KT, Drake RE, Bond GR. Recent advances in psychiatric rehabilitation for patients with severe mental illness. *Harv Rev Psychiatry* 1997;5(3):123-137.
33. Mueser KT. Cognitive functioning, social adjustment, and long-term outcome in schizophrenia. Sharma T, Harvey P (Eds.). *Cognition in schizophrenia: impairments, importance, and treatment strategies*. Oxford, Oxford University Press; 2000: 157-177.
34. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153(5):607-617.
35. Poole JH, Ober BA, Shenaut GK, Vinogradov S. Independent frontal-system deficits in schizophrenia: cognitive, clinical, and adaptive implications. *Psychiatry Res* 1999;85(2):161-176.
36. Roder V, Brenner HD, Kienzle N. *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona, Ariel; 1996.
37. Sheperd G, Richardson A. *Organization and interaction in Psychiatric Day Centers*. *Psychological Medicine* 1979;9:573-579.
38. Strauss JS, Carpenter WT. The prediction of outcome in schizophrenia. Relationship between predictor and outcome variables. *Arch Gen Psychiatry* 1974;31:37-42.
39. Tarrier N, Beckett R, Harwood S, Baker A, Yusopoff L, Ugarteburu I. A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenia patients I. *Br J Psychiatry* 1993;162:524-532.
40. Tarrier N. Family interventions and schizophrenia. En: Haddock G & Slade PD (Eds.) *cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London, Routledge; 1996: 212-234.
41. Van Winkel R, Myin-Germeys I, De Hert M, et al. The association between cognition and functional outcome in first-episode patients with schizophrenia: mystery resolved? *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:119-124.
42. Velligan DI, Bow C, Mahurin R, Miller AL, Halgunseth LC. Do specific neurocognitive deficits predict specific domains of community function in schizophrenia? *J Nerv Ment Dis* 2000;188(8):518-524.

RELACIÓN ENTRE INSIGHT Y OTRAS VARIABLES CLÍNICAS EN ESQUIZOFRENIA

ROSARIO BENGOCHEA SECO

Psicóloga clínica. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni. Santander.

DAVID GIL SANZ

Psicólogo clínico. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni. Santander.

MARTA ARRIETA RODRÍGUEZ

Directora Técnica. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni. Santander.

MARÍA DEL MAR FERNÁNDEZ MODAMIO

Psicóloga clínica. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni. Santander.

ISMAEL LASTRA MARTÍNEZ

Psiquiatra. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

RAÚL SÁNCHEZ CALLEJA

Integrador social. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni. Santander.

RAQUEL PRAT SOLÍS

Educadora Social. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni. Santander.

ALEXANDRA ARCE LÓPEZ

Integradora social. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni. Santander.

ANA ÁLVAREZ SOLTERO

Auxiliar clínica. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni. Santander.

Recepción: 13-07-10 / Aceptación: 20-07-10

RESUMEN

En el presente estudio, realizado con una muestra de 160 sujetos diagnosticados de esquizofrenia, se revisan resultados previos donde se establece la existencia de dos factores de insight: un factor que hace referencia a un conocimiento general de la enfermedad; y otro referido a un conocimiento más específico de la misma. Se estudian las relaciones entre estos factores y diferentes variables clínicas y sociodemográficas. Los resultados corroboran la existencia de ambos fac-

tores y relacionan un conocimiento más general de la enfermedad con síntomas psicóticos, depresión, ansiedad y satisfacción con el tratamiento; mientras que un conocimiento más específico de la enfermedad se relaciona con un menor deterioro cognitivo y no con otras variables. Se hace una valoración de los resultados.

Palabras clave

Esquizofrenia, insight, deterioro cognitivo, psicopatología, depresión.

ABSTRACT

In this study, with a sample of 160 schizophrenia outpatients, are reviewed preliminary results which establishes the existence of two factors of insight: one which refers to a general knowledge about illness; and a second one refers to a more specific knowledge about illness and its consequences. Also, the relationships between these factors and clinical and sociodemographic variables are examined. The results confirm the existence of both factors and the relationship between a general knowledge about illness with psychotic symptoms, depression, anxiety and satisfaction with treatment; whereas more specific knowledge of the disease is associated with lower cognitive impairment and not with other variables. The results are discussed.

Keywords

Schizophrenia, insight, cognitive impairment, psychopathology, depression.

INTRODUCCIÓN

La investigación sobre el insight en esquizofrenia ha sido numerosa en los últimos años, en parte debido a que aproximadamente la mitad de las personas con esta enfermedad presenta problemas de insight^{1, 2}; y que éste ha sido relacionado con variables como la psicopatología³⁻¹⁷, la adaptación funcional^{3, 18-20}, y la competencia y ajuste social de los pacientes²¹⁻³⁰. Asimismo, predice una mayor alianza terapéutica³¹, una mejor adherencia al tratamiento psicosocial³², mejores resultados en las terapias cognitivo-conductuales³³, y una mayor calidad de vida^{34, 35}. También variables demográficas como la edad o el sexo³⁶ o los años de educación³⁷, han sido relacionadas con un mayor insight.

En cuanto a la relación entre insight y funcionamiento cognitivo, no hay acuerdo unánime respecto a qué áreas cognitivas muestran una mayor relación. Parece clara la relación con la función ejecutiva^{8, 13, 38-42}, aunque con el resto de variables cognitivas, los resultados no son tan consistentes. Además de con la función ejecutiva, Dickerson et al.³⁰ encontraron relación entre insight y pensamiento abstracto, Ritsner y Blumenkrantz⁴³ con atención sostenida, Keshavan et al.⁴⁴ con memoria y aprendizaje; mientras que otros estudios encontraron también relaciones con diferentes áreas cognitivas pero no con la función ejecutiva^{5, 22}.

Otras variables clínicas comúnmente estudiadas en relación al insight son las variables afectivas. Es numerosa la evidencia de la relación existente entre insight y depresión^{13, 17, 22, 36, 45-50}; y al igual que el insight, parece ser un factor asociado a una peor evolución de esta enfermedad^{51, 52}. Aunque la mayoría de estos estudios relacionan una medida general de insight con depresión, otros encuentran relaciones valorando dimensiones específicas del mismo. Moore y cols.⁵³ señalan que es la conciencia de las consecuencias de la enfermedad la que se relaciona con depresión; mientras que otros autores la relacionan con la conciencia de síntomas positivos^{54, 55} y otros con la conciencia general de enfermedad, de sus consecuencias sociales y de la eficacia del tratamiento⁵⁶.

Por otro lado, aunque hay menos evidencia de la relación entre insight e ideas de suicidio^{54, 57-60}, parece existir un mayor riesgo suicida cuando se relacionan las variables insight y depresión^{47, 61, 62}. En este sentido, Schwartz⁶² plantea la existencia de una relación lineal entre insight - desesperanza - depresión - riesgo de suicidio, donde la depresión actuaría como variable mediadora entre insight y suicidio. Bourgeois et al.⁶¹ también pro-

ponen esta mediación, aunque si bien el insight pudiera ser un factor de riesgo al inicio de la enfermedad, tras un período de seguimiento de dos años este riesgo se reduce. Steblaj y cols.⁶³ encuentran que el insight se convierte con el tiempo en un buen indicador de adherencia al tratamiento y por tanto en un factor de protección que reduce el riesgo de suicidio.

Una variable poco analizada en relación con el insight es la ansiedad, y con resultados dispares. Mientras que algunos autores encuentran que un mayor insight se relaciona con ansiedad^{30, 64, 65}; otros no encuentra relación alguna⁶⁶.

La variabilidad de resultados y en ocasiones la dificultad de extraer conclusiones de los diferentes estudios se deriva al menos en parte del concepto y medición del insight empleado, pudiendo ser evaluado como una medida única o bien como un constructo multidimensional^{5, 67}.

El objetivo de este trabajo es, por un lado, el de revisar resultados anteriores sobre la existencia de dos factores del insight^{5, 68} (uno basado en una conciencia general de enfermedad, y otro referido a un conocimiento más específico de la misma), y analizar la relación existente entre éstos y sintomatología psicótica y afectiva, así como funcionamiento cognitivo. Por otro lado, se pretende estudiar las relaciones entre estos factores de insight y variables demográficas como la edad, el sexo y los años de educación; y con variables clínicas como el número de ingresos, la autonomía en la toma de medicación, y la satisfacción con el tratamiento.

MÉTODOS

La muestra está compuesta por 160 pacientes diagnosticados de esquizofrenia según criterios CIE-10, que acuden a un Centro de Rehabilitación Psicosocial

TABLA I
Datos sociodemográficos
de la muestra

Variable	N = 160	%
<i>Sexo</i>		
Hombre	99	61,9
Mujer	61	38,1
<i>Rango de edad</i>		
<25	24	15
25-35	67	41,9
36-45	43	26,9
>45	26	16,3
<i>Años de evolución de la enfermedad</i>		
≤5	51	32
6-10	26	16
11-15	40	25,3
15-20	19	12
>20	24	14,7
<i>Nivel de estudios</i>		
Incompletos	23	14,3
Primaria	51	32
Secundaria	73	45,6
Universitarios	13	8,2

perteneciente al Centro Hospitalario Padre Menni de Santander. La evaluación se realizó en el momento de su incorporación al servicio, y en el momento del estudio, todos los pacientes recibían medicación antipsicótica. Las características sociodemográficas de la muestra aparecen en la tabla I.

La capacidad de insight se valoró mediante el ítem «Ausencia de juicio e introspección», de la Escala del Síndrome Positivo y Negativo en la Esquizofrenia (PANSS), como medida general de insight; y de forma específica mediante entrevista, con preguntas que hacían refe-

rencia a diferentes componentes del insight: conciencia de padecer una enfermedad; conciencia de necesitar un tratamiento; conciencia de las consecuencias funcionales producidas por el trastorno; conciencia de tener síntomas positivos; conciencia de tener síntomas negativos; y atribución de los síntomas. La forma de valorar estos ítems fue mediante una escala tipo Likert (0-ausencia de insight, 1-conciencia parcial, 2-conciencia completa).

Para valorar la sintomatología se utilizó también la PANSS, en la versión española de Peralta y Cuesta⁶⁹. De la escala se obtienen puntuaciones de cada uno de los síntomas, así como puntuaciones parciales (síntomas positivos, negativos y generales) y una puntuación total.

El rendimiento cognitivo se evaluó mediante el Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica «Test Barcelona», de J. Peña-Casanova⁷⁰. Se eligieron los siguientes ítems, asociados a las áreas comúnmente relacionadas con el déficit en esquizofrenia: Dígitos directos, Dígitos inversos, Evocación categorial, Memoria verbal (textos inmediatos y textos diferidos), Aprendizaje de palabras, Memoria visual (inmediata y reproducción diferida), Cálculo (mental y escrito), Problemas aritméticos, Abstracción verbal (semejanzas y comprensión), Clave de números y Cubos.

Para los síntomas afectivos se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI), de A. Beck⁷¹, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), de Spielberger⁷², y la existencia de ideas de suicidio se evaluó mediante entrevista (se consideró como ideas de suicidio cualquier pensamiento actual de desear la muerte o pensar en quitarse la vida).

Los datos de variables demográficas, así como el número de ingresos, la autonomía en la toma de medicación y la satis-

facción con el tratamiento, se obtuvieron mediante entrevista. Se evaluaron como respuestas dicotómicas tanto la satisfacción con el tratamiento (1-No, 2-Sí), como la administración de la medicación (1-La toma con supervisión, 2-Se la administra de forma autónoma).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para revisar la existencia de dos factores del insight, se realizó de nuevo un análisis de componentes principales con rotación varimax. Se extrajeron los factores con valores propios (eigen-values) mayores o iguales a 1. La relación de los factores resultantes con las variables cognitivas, psicopatológicas y demográficas se analizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson, salvo el género que requirió una *t* de Student. Para las relaciones de los factores de insight con nivel educativo y edad (categorizada en rangos) se utilizó una Anova. Y la relación con las ideas de suicidio, la autonomía en la administración de la medicación, y la satisfacción con el tratamiento, se valoró mediante una regresión logística. Los análisis estadísticos se realizaron con la versión 13.0 del programa estadístico SPSS⁷³.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos mediante el análisis de componentes principales corroboraron la extracción de dos factores principales. El factor 1, que explica el 66% de la varianza, está compuesto por los ítems «conciencia de síntomas positivos», «conciencia de síntomas negativos», «atribución de los síntomas» y «conciencia de las consecuencias de la enfermedad». El factor 2 incluye los ítems «conciencia de enfermedad», «conciencia de necesidad de tratamiento» y el ítem de la

PANSS «Ausencia de juicio e introspección», y explica el 12 % de la varianza.

El coeficiente de correlación de Pearson mostró que el factor 1 se relacionaba con los subtests del Test Barcelona: Dígitos directos, Aprendizaje verbal, Memoria visual inmediata, Cálculo mental y

escrito, Semejanzas, Clave de números y Cubos (tabla II).

Por su parte, el factor 2 correlacionó con la puntuación total de la PANSS, así como con las escalas positiva, negativa y de sintomatología general, y con los siguientes ítems: Delirios, Desorganización

TABLA II
Coefficiente de correlación de Pearson entre los factores del insight y los subtests del test Barcelona

Subtests del Test Barcelona	Factor 1	Factor 2
Dígitos directos	,224*	-,068
Dígitos inversos	,148	-,037
Evocación categorial	,018	-,015
Memoria de textos inmediata (evocación)	,131	-,020
Memoria de textos inmediata (preguntas)	,065	-,033
Memoria de textos diferida (evocación)	,098	-,036
Memoria de textos diferida (preguntas)	,003	-,014
Aprendizaje verbal	,266**	-,119
Memoria visual (puntuación inmediata)	,196*	-,038
Memoria visual (puntuación diferida)	,128	-,040
Cálculo mental (puntuación)	,231**	-,057
Cálculo mental (tiempo)	,225**	-,057
Cálculo escrito (puntuación)	,184*	-,105
Cálculo escrito (tiempo)	,214*	-,132
Problemas aritméticos (puntuación)	,142	-,004
Problemas aritméticos (tiempo)	,142	-,007
Semejanzas	,188*	-,008
Comprensión	,072	,181*
Clave de números	,188*	-,218*
Cubos (puntuación)	,199*	-,157
Cubos (tiempo)	,159	-,193*

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

conceptual, Excitación, Grandiosidad, Suspiciacia, Hostilidad, Contacto pobre, Pensamiento estereotipado, Preocupaciones somáticas, Retardo motor, Falta de colaboración, Inusuales contenidos del pensamiento, Atención deficiente, Trastornos de la volición y Evitación social activa (tabla III).

En cuanto a la relación entre insight, ansiedad y depresión, el factor 1 no mos-

tró ninguna relación ni con el STAI ni con el BDI. El factor 2, sin embargo, correlacionó con las puntuaciones de ansiedad-estado ($r = ,165$, $p = ,047$) y ansiedad-rasgo ($r = ,229$, $p = ,006$) del STAI y con el BDI ($r = ,190$, $p = ,022$).

La regresión logística mostró que ninguno de los factores del insight se relacionaba con las ideas de suicidio; sólo la variable «conciencia de las consecuen-

TABLA III
**Coefficiente de correlación de Pearson entre los factores del insight
y los ítems de la PANSS**

Ítems de la PANSS	Factor 1	Factor 2
Escala positiva (PANSS-P)	-,074	-,304**
Escala negativa (PANSS-N)	-,066	-,196*
Psicopatología general (PANSS-PG)	-,067	-,248**
Puntuación total	-,062	-,236**
P1. Delirios	-,028	-,230**
P2. Desorganización conceptual	-,134	-,233*
P4. Excitación	-,150	-,254**
P5. Grandiosidad	-,098	-,171*
P6. Suspiciacia/perjuicio	,062	-,169*
P7. Hostilidad	-,146	-,323**
N3. Contacto pobre	-,074	-,299**
N7. Pensamiento estereotipado	-,082	-,271**
PG1. Preocupaciones somáticas	-,028	,178*
PG7. Retardo motor	-,015	,177*
PG8. Falta de colaboración	-,072	-,381**
PG9. Inusuales contenidos del pensamiento	-,132	-,162*
PG11. Atención deficiente	-,020	-,188*
PG13. Trastornos de la volición	-,077	-,211**
PG16. Evitación social activa	,012	-,199*

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

cias de la enfermedad», que forma parte del factor 1, se relacionó con las ideas de suicidio ($\chi^2 = 5,151$, $p = ,023$).

En cuanto a la satisfacción con el tratamiento, sólo el factor 2, de un conocimiento más general de la enfermedad, se relacionó con una mayor satisfacción con el tratamiento ($\chi^2 = 11,0170$, $p = ,0009$). No hubo relación entre insight y autonomía en la administración del tratamiento.

Ninguna variable demográfica ni el número de ingresos se relacionó con insight.

DISCUSIÓN

Los resultados apuntan, como en los trabajos previos^{5, 68}, a la consideración del insight como un constructo dimensional, donde se establecen diferencias entre una conciencia general de padecer una enfermedad mental y un reconocimiento más preciso de los síntomas y sus consecuencias, mostrando ambas dimensiones implicaciones clínicas diferentes.

Los resultados apoyan por un lado la hipótesis de que los pacientes con deterioro cognitivo mantienen la capacidad de tener una conciencia general de enfermedad, pero un conocimiento más preciso de la misma, sus síntomas y consecuencias, así como el establecerle una atribución correcta, requiere de un mayor rendimiento de las capacidades cognitivas. Este aspecto tendría importantes implicaciones terapéuticas con respecto a la rehabilitación cognitiva, como paso previo a la planificación de intervenciones psicoeducativas.

Como en estudios previos³⁶ parece que una mayor psicopatología se acompaña también de mayores problemas de insight. Si consideramos este aspecto junto con los datos de prevalencia de insight en

esquizofrenia, los resultados apuntarían a considerar el insight como un síntoma más de la enfermedad, cuyo abordaje requeriría de una estabilización sintomática previa.

Como en estudios anteriores, se establece una relación entre insight y depresión, pero es el factor más general de tener una conciencia de enfermedad, no un conocimiento más específico de la misma, el que se relaciona con depresión; lo mismo ocurre con la ansiedad. Una posible explicación, aun teniendo en cuenta que los resultados obtenidos no implican causalidad, vendría dada porque el tomar conciencia de los síntomas específicos de la esquizofrenia, y realizar una atribución adecuada de los mismos, permite un mejor manejo de la enfermedad y pudiera ser por tanto un factor de protección ante síntomas afectivos. En la misma línea, Drake et al.⁴⁸ refieren que insight y depresión parecen estar relacionados al inicio de la enfermedad, pero sugieren la existencia de un proceso de ajuste a la enfermedad que hace que la relación disminuya a lo largo de la evolución de la enfermedad. Esto recomendaría la implementación de programas psicoeducativos en los que se trabaje la conciencia de enfermedad en todos sus aspectos.

No obstante, una cuestión a debatir a la luz de estos resultados, sería de qué forma los programas de psicoeducación deberían incluir la toma de conciencia sobre las consecuencias sociales y funcionales de la enfermedad, dado que este aspecto específico del insight se relaciona con las ideas de suicidio. Aunque esto debe ser aún más estudiado, una posibilidad que se puede apuntar sería desarrollar intervenciones psicoeducativas que tuvieran especialmente en cuenta este impacto emocional del insight, sin pérdida de efectividad en términos de prevención y manejo de recaídas⁷⁴.

El hecho de que se establezca una relación entre la conciencia general de enfermedad (factor 2) y la satisfacción con el tratamiento, señalaría que puede ser necesario para aceptar el tratamiento cierto grado de conciencia de enfermedad, pero que un mayor conocimiento de la misma no aporta en este sentido mayores beneficios. No existe de hecho evidencia de que un mayor conocimiento de los mecanismos de la medicación antipsicótica aumente la adherencia⁷⁵, y aunque la satisfacción con el tratamiento no constituye por sí sola una medida de adherencia, es viable pensar que ambas pudieran estar relacionadas. Otra hipótesis sería la existencia de un posible perfil de pacientes con conciencia general de enfermedad, mayor deterioro cognitivo, y menor exigencia con el tratamiento que quienes poseen mayor información.

Por otro lado, los resultados nos indican que la necesidad de supervisión en la administración del tratamiento pudiera estar relacionada con otros factores diferentes del insight, que se escapan a los objetivos de este trabajo y que merecerían ser estudiados.

La hipótesis de que una mayor edad y más larga evolución de la enfermedad, así como un mayor nivel educacional, se relacionarían con mayor insight, no ha podido ser validada en este estudio. Tampoco la relación entre ingresos psiquiátricos y falta de insight, si bien el trabajo se ha limitado a valorar el nivel actual de insight y los ingresos previos, no posteriores, a la valoración del mismo, y aún no está claro si el insight fluctúa a lo largo de la evolución de la enfermedad, o si se mantiene relativamente estable.

Otra de las limitaciones del estudio se basa en que la muestra esté formada por pacientes que acuden voluntariamente a un Centro de Rehabilitación Psicosocial, lo que podría afectar tanto a los resultados

acerca del insight como de la sintomatología afectiva y psicótica. Dado que la depresión en esquizofrenia parece afectar especialmente tras una crisis psicótica⁷⁶, sería importante revisar resultados teniendo en cuenta esta variable.

Por otro lado, sería importante de cara a investigaciones futuras, por su importancia e implicaciones clínicas, ampliar resultados teniendo en cuenta no sólo las ideas sino los comportamientos autolíticos y su posible asociación con el insight, sobre todo cuando existen síntomas depresivos. Y valorar la influencia que variables como el insight y la depresión puedan tener de forma conjunta en la evolución de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman JM. Suicidal Behavior in Schizophrenia and Its Relationship to Awareness of Illness. *Am J Psychiatry* 1996;153(9):1185-1188.
2. Fenning S, Everett E, Bromet EJ, Jandorf L, Fennig SR, Tanenberg-Karant M et al. Insight in first-admission psychotic patients. *Schizophr Res* 1996; 22(3):257-263.
3. Parellada M, Fraguas D, Bombín I, Otero S, Castro-Fornieles J, Baeza I, González-Pinto A, Graell M, Soutullo C, Paya B, Arango C. Insight correlates in child-and adolescent-onset first episodes of psychosis: results from the CAFEPS study. *Psychol Med* 2009; 39(9):1433-1445.
4. Saeedi H, Addington J, Addington D. The association of insight with psychotic symptoms, depression and cognition in early psychosis: a 3-year follow-up. *Schizophr Res* 2007;89(1-3):123-128.

5. Gil D, Bengochea R, Arrieta M, Lastra I, Álvarez A, Sánchez R et al. Insight, neurocognición y psicopatología en esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34(5):317-322.
6. Nakano H, Terao T, Iwata N, Hasako R, Nakamura J. Symptomatological and cognitive predictors of insight in chronic schizophrenia. *Psychiatry Res* 2004;127(1-2):65-72.
7. Sevy S, Nathanson K, Visweswaraiiah H, Amador X. The relationship between insight and symptoms in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2004;45(1): 16-19.
8. Rossell SL, Coakes J, Shapleske J, Wo-odruff PW, David AS. Insight: its relationship with cognitive function, brain volume and symptoms in schizophrenia. *Psychol Med* 2003;33(1):111-119.
9. Williams CC, Collins A. Factors associated with insight among outpatients with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2002;53(1):96-98.
10. Vaz FJ, Béjar A, Casado M. Insight, psychopathology, and interpersonal relationships in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002;28(2):311-7.
11. McCabe R, Quayle E, Beirne AD, Anne Duane MM. Insight, global neuropsychological functioning, and symptomatology in chronic schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2002;190(8):519-525.
12. Buckley PF, Hasan S, Friedman L, Cerny C. Insight and schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2001;42(1):39-41.
13. Smith TE, Hull JW, Israel LM, Willson DF. Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 2000; 26(1):193-200.
14. Sanz M, Constable G, López-Ibor I, Kemp R, David AS. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol Med* 1998;28: 437-446.
15. Schwartz RC. Symptomatology and insight in schizophrenia. *Psychol Rep* 1998;82(1):227-233.
16. Schwartz RC. The relationship between insight, illness and treatment outcome in schizophrenia. *Psychiatric Q* 1998;69:1-22.
17. Collins AA, Remington GJ, Coulter, K, Birkett, K. Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 1997;27(1):37-44.
18. Lincoln TM, Lüllmann E, Rief W. Correlates and Long-Term Consequences of Poor Insight in Patients With Schizophrenia. A Systematic Review. *Schizophr Bull* 2007;33(6):1324-1342.
19. Lysaker PH, Campbell K, Johannesen JK. Hope, Awareness of Illness, and Coping in Schizophrenia Spectrum Disorders: Evidence of an Interaction. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(5):287-292.
20. Schwartz RC, Cohen BN, Grubaugh A. Does insight affect long-term inpatient treatment outcome in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1997;38(5): 283-288.
21. Lincoln TM, Hodgins S. Is Lack of Insight Associated With Physically Aggressive Behavior Among People With Schizophrenia Living in the Community? *J Nerv Ment Dis* 2008;196:62-66.
22. Mutsatsa SH, Joyce EM, Hutton SB, Barnes TRE. Relationship between insight, cognitive function, social function and symptomatology in schizophrenia. The West London first episode study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256:356-363.

23. Cernovsky ZZ, Landmark JA, Merskey H, Husni M. Clinical correlates of insight in schizophrenia. *Psychol Rep* 2004;95(3):821-827.
24. Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, Noffsinger SG, Resnick PJ, Camlin-Shingler K. Insight and Its Relationship to Violent Behavior in Patients With Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161:1712-1714.
25. Yen CF, Yeh ML, Chen CS, Chung HH. Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: a prospective study. *Compr Psychiatry* 2002;43(6):443-447.
26. Francis JL, Penn DL. The relationship between insight and social skill in persons with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2001;189(12):822-829.
27. Smith TE, Hull JW, Goodman M, Hedayat-Harris A, Willson DF, Israel LM et al. The relative influences of symptoms, insight and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Nerv Ment Dis* 1999;187(2):102-108.
28. Arango C, Calcedo BA, González S, Calcedo OA. Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Bull* 1999;25:493-503.
29. Lysaker PH, Bell MD, Bryson GJ, Kaplan E. Insight and interpersonal function in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1998;186(7):432-436.
30. Dickerson FB, Boronow JJ, Ringel N, Parente F. Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1997;48(2):195-199.
31. Wittorf A, Jakobi U, Bechdolf A, Müller B, Sartory G, Wagner M, Wiedemann G, Wölwer W, Herrlich J, Buchkremer G, Klingberg S. The influence of baseline symptoms and insight on the therapeutic alliance early in the treatment of schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2009;24(4):259-267.
32. Lysaker P, Bell M, Milstein R, Bryson G, Beam-Goulet J. Insight and psychosocial treatment compliance in schizophrenia. *Psychiatr* 1994;57(4):307-315.
33. Brabban A, Tai S, Turkington D. Predictors of outcome in brief cognitive behavior therapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;35(5):859-864.
34. Hwang SS, Lee JY, Cho SJ, Lee DW, Kim YS, Jung HY. The model of the relationships among the predictors of quality of life in chronic stage of schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009;33(7):1113-1118.
35. Yen CF, Cheng CP, Huang CF, Yen JY, Ko CH, Chen CS. Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission. *Bipolar Disord* 2008;10(5):617-624.
36. McEvoy JP, Jhonson J, Perkins D, Lieberman JA, Hamer RM, Keefe RSE et al. Insight in first-episode psychoses. *Psychol Med* 2006;36:1385-1393.
37. Macpherson R, Jerrom B, Hughes A. Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1996;168(6):718-724.
38. Simon V, De Hert M, Wampers M, Peuskens J, Van Winkel R. The relation between neurocognitive dysfunction and impaired insight in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2009;24(4):239-243.

39. Raffard S, Bayard S, Gely-Nargeot MC, Capdevielle D, Maggi M, Barbotte E, Morris D, Boulenger JP. Insight and executive functioning in schizophrenia: a multidimensional approach. *Psychiatry Res* 2009;167(3):239-250.
40. Drake RJ, Lewis SW. Insight and neurocognition in schizophrenia. *Schizophr Res* 2003;62(1-2):165-73.
41. Lysaker PH, Lancaster RS, Davis LW, Clements CA. Patterns of neurocognitive deficits and unawareness of illness in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2003;191(1):38-44.
42. Lysaker PH, Bryson GJ, Lancaster RS, Evans JD, Bell MD. Insight in schizophrenia: associations with executive function and coping style. *Schizophr Res* 2003;59(1):41-7.
43. Ritsner MS, Blumenkrantz H. Predicting domain-specific insight of schizophrenia patients from symptomatology, multiple neurocognitive functions, and personality related traits. *Psychiatry Res* 2006;149(1):59-69.
44. Keshavan MS, Rabinowitz J, DeSmedt G, Harvey PD, Schooler N. Correlates of insight in first episode psychosis. *Schizophr Res* 2004;70(2-3):187-94.
45. Saeedi H, Addington J, Addington D. The association of insight with psychotic symptoms, depression, and cognition in early psychosis: A 3-year follow-up. *Schizophr Res* 2007;89(1-3):123-128.
46. Schwartz-Stav O, Apter A, Zalsman G. Depression, suicidal behavior and insight in adolescents with schizophrenia. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006;15(6):352-359.
47. Crumlish N, Whitty P, Kamali M, Clarke M, Browne S, McTigue O et al. Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112(6):449-455.
48. Drake RJ, Pickles A, Bentall RP, Kinderman P, Haddock G, Tarrier N et al. The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychol Med* 2004;34(2):285-292.
49. Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Owens DG, Johnstone EC. Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophr Res* 1999;35(3):247-253.
50. Smith TE, Hull JW, Santos L. The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: a longitudinal perspective. *Schizophr Res* 1998;33(1-2):63-67.
51. Addington DD, Azorín JM, Falloon IRH, Gerlach J, Hirsch SR, Siris SG. Clinical issues related to depression in schizophrenia: an international survey of psychiatrists. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:189-195.
52. Sands JR, Harrow M. Depression during the longitudinal course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999;25(1):157-171.
53. Moore O, Cassidy E, Carr A, O'Callaghan E. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur Psychiatry* 1999;14(5):264-269.
54. Schwartz RC, Petersen S. The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1999;187(6):376-378.
55. Smith TE, Hull JW, Huppert JD, Silverstein SM, Anthony DT, McClough JF. Insight and recovery from psychosis in chronic schizophrenia and schi-

- zoaffective disorder patients. *J Psychiatr Res* 2004;38(2):169-176.
56. Sim K, Mahendran R, Siris SG, Heckers S, Chong SA. Subjective quality of life in first episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression. *Psychiatry Res* 2004;129(2):141-147.
 57. Harvey SB, Dean K, Morgan C, Walsh E, Demjaha A, Dazzan P, Morgan K, Lloyd T, Fearon P, Jones PB, Murray RM. Self-harm in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 2008;192(3):178-184.
 58. Schwartz RC, Smith SD. Suicidality and psychosis: the predictive potential of symptomatology and insight into illness. *J Psychiatr Res* 2004;38(2):185-191.
 59. Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res* 2003;60(1):71-80.
 60. Schwartz RC. Insight and Suicidality in Schizophrenia: A Replication Study. *J Nerv Ment Dis* 2000;188(4):235-237.
 61. Bourgeois M, Swendsen J, Young F, Amador X, Pini S, Cassano GB et al. Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial. *Am J Psychiatry* 2004;161(8):1494-1496.
 62. Schwartz RC. Self-Awareness in schizophrenia: its relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric impairments. *J Nerv Ment Dis* 2001;189(6):401-403.
 63. Steblaj A, Tavcar R, Dernovsek MZ. Predictors of suicide in psychiatric hospital. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100(5):383-388.
 64. Saravanan B, Jacob KS, Johnson S, Prince M, Bhugra D, David AS. Assessing insight in schizophrenia: East meets West. *Br J Psychiatry* 2007;190:243-247.
 65. Freudenreich O, Deckersbach T, Goff DC. Insight into current symptoms of schizophrenia. Association with frontal cortical function and affect. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:14-20.
 66. Recasens C, Mimic L, Dardennes R, Guelfi JD, Rouillon F. Awareness of illness and selfconsciousness in schizophrenia: relationships with anxiety and depression. *Annales Médico-psychologiques* 2002;160(8):589-595.
 67. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2003;31(1):75-88.
 68. Bengochea R, Gil D, Arrieta A, Fernández-Modamio M, Lastra I. Insight en esquizofrenia y su relación con variables afectivas, cognitivas y psicopatológicas. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) [publicación online, citado el 22 de sept de 2009]. Disponible en: <http://www.siicsalud.com/dato/experto.php/99.616>
 69. Peralta V, Cuesta MJ. Validación de la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1994;22:171-177.
 70. Peña-Casanova J. Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica. Barcelona, Masson; 1990.
 71. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York, Guilford Press; 1979 (trad. esp. en Bilbao, Desclée de Brower; 1983).
 72. Spielberger C, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for State-Trait Anxiety In-

- ventory (Self-Evaluation Questionnaire). Palo Alto. California: Consulting Psychologist Press (versión española, TEA 1988, 3.^a ed.).
73. SPSS Inc. SPSS for Windows. Release 13.0. Chicago; 2004.
74. Owens DG, Cunningham A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I et al. A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic out-patients. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103(5): 362-369.
75. McEvoy JP. The relationships between insight in psychosis and compliance with medication. En: Amador XF, David AS, editors. *Insight and psychosis*. Oxford, Oxford University Press; 1998.
76. McGlashan TH, Carpenter WT. Post-psychotic depression in schizophrenia. *Arch Gen Psychiat* 1976;33:231-239.

USO DEL TEST BARCELONA PARA LA VALORACIÓN COGNITIVA DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA: UTILIDAD DE UNA PUNTUACIÓN TOTAL

DAVID GIL SANZ

Psicólogo clínico. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni. Santander.

ROSARIO BENGOCHEA SECO

Psicóloga clínica. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni. Santander.

MARTA ARRIETA RODRÍGUEZ

Directora técnica. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni. Santander.

MARÍA DEL MAR FERNÁNDEZ MODAMIO

Psicóloga clínica. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni. Santander.

ISMAEL LASTRA MARTÍNEZ

Psiquiatra. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

RAÚL SÁNCHEZ CALLEJA

Integrador Social. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni. Santander.

ANA ÁLVAREZ SOLTERO

Auxiliar clínica. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni. Santander.

MARIAN DIEGO

Integradora Social. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni. Santander.

RAQUEL PRAT SOLÍS

Educadora Social. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni. Santander.

Recepción: 13-07-10 / Aceptación: 20-07-10

RESUMEN

Introducción

En los últimos años se han desarrollado diferentes baterías neuropsicológicas que valoran el deterioro cognitivo en esquizofrenia, y que ofrecen una puntuación para cada área que evalúan, así como una puntuación total. El presente artículo parte de un estudio anterior en el que se utilizó una versión reducida del Test Barcelona, y valora la utilidad de usar una

puntuación total como medida del rendimiento global de los pacientes. Asimismo, se comparó el rendimiento cognitivo de la muestra con baremos normalizados.

Metodología

La muestra fue de 235 pacientes. La utilidad de obtener una puntuación total se analizó mediante un análisis de componentes principales. Se valoró la relación de la puntuación total con variables sociodemográficas y clínicas.

Resultados

El análisis de componentes principales ofreció un único factor, que explicaba el 45,4 % de la varianza. La puntuación total se relacionó con las siguientes variables: sintomatología negativa, nivel educacional y habilidades sociales. En comparación con baremos normalizados, el 90 % de la muestra presentó deterioro cognitivo.

Conclusiones

Los datos obtenidos apoyan la existencia de un componente global de deterioro y la utilidad de obtener una puntuación total en el Test Barcelona. El alto porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo refuerza la conveniencia de usar baremos comparativos propios del grupo con esquizofrenia. La falta de relación entre el rendimiento cognitivo y las variables clínicas analizadas, salvo la sintomatología negativa, apoya la idea de que el deterioro cognitivo es algo característico y estable en esquizofrenia.

Palabras clave

Esquizofrenia, baterías neuropsicológicas, deterioro cognitivo, Test Barcelona.

ABSTRACT

Introduction

In last years, different neuropsychological batteries have been developed to assess cognitive performance in schizophrenia. These batteries have a total score and an individual score for each cognitive domain. The present report takes into account a previous study in which was used a reduced version of Barcelona Test, and

aims to evaluate the utility of the use of a composite score to assess the global cognitive performance of the patients. Cognitive performance of the sample was compared with normative data.

Method

The sample included 235 patients. Principal components analysis was calculated to assess the utility of a composite score. Relationship between composite score and clinical and socio-demographic factors was assessed.

Results

Principal components analysis identified a single factor, accounting for 45,4 % of the variance. Composite score was related to negative symptoms, educational level and social skills. In comparison with normative data, 90 % of the sample had cognitive impairment.

Conclusions

The data obtained support the presence of a global cognitive impairment and the utility of the use of a composite score in the Barcelona Test. The high percentage of patients with cognitive impairment strengthens the need to use normative data adequated to schizophrenia group. The lack of relationship between cognitive performance and the factors assessed, except the negative symptomatology, supports the hypothesis that cognitive impairment is a core feature of schizophrenia.

Keywords

Schizophrenia, neuropsychological batteries, cognitive impairment, Barcelona Test.

INTRODUCCIÓN

Los déficits cognitivos se consideran una característica esencial en esquizofrenia, ya que afectan a un alto porcentaje de pacientes¹, se objetivan antes del inicio de la enfermedad²⁻⁴, y se manifiestan de manera independiente de la sintomatología positiva o de la medicación antipsicótica⁵⁻⁸. Asimismo, se ha comprobado que se relacionan con el desempeño funcional de los pacientes en mayor medida que los síntomas positivos o negativos⁹⁻¹¹. Tomando como referencia estos datos, varios autores opinan que el deterioro cognitivo debería incluirse dentro de los criterios diagnósticos de la esquizofrenia¹²⁻¹⁵.

Como consecuencia de la importancia creciente que se le ha dado al funcionamiento cognitivo, en los últimos años se han desarrollado diferentes baterías neuropsicológicas para valorar el rendimiento cognitivo de los pacientes con esquizofrenia¹⁶⁻²⁰. El objetivo común de estas baterías es el de proporcionar un método fiable que recoja los déficits característicos en esquizofrenia. Se trata de pruebas que proporcionan una puntuación para cada área cognitiva que valoran, así como una puntuación total que refleja el rendimiento generalizado en la batería administrada. En opinión de diversos autores, la importancia de obtener una puntuación total se debe a que hay un componente de deterioro global que afecta a todas las áreas cognitivas que presentan un funcionamiento deficitario en esquizofrenia²¹⁻²⁴.

Keefe et al.²⁴, por ejemplo, realizaron un análisis factorial de las nueve pruebas que incluye la batería usada en el estudio CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness) y obtuvieron un único factor que explicaba el 45,2 % de la varianza. Partiendo de estos resultados, concluyeron que la obtención de una puntuación total se adecuaba mejor a la

existencia de un único factor. Dicha conclusión se vio reforzada por el hecho de que todas las pruebas mostraron una relación significativa entre ellas, y cada una con la puntuación total. Otra serie de investigaciones han intentado encontrar el número de factores que mejor se ajusta al deterioro observado en esquizofrenia, y si bien no muestran un acuerdo unánime sobre cuáles son esos factores, también han obtenido una alta correlación entre ellos, por lo que también sugieren que existe un factor de competencia cognitiva general^{23, 25, 26}. Dickinson et al.²³ compararon el rendimiento de pacientes con esquizofrenia y sujetos control, y constataron que en los pacientes había una mayor carga de un componente general de deterioro.

En referencia al uso de la batería RBANS (Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status), Hobart et al.²² proponen la utilización de una puntuación total como puntuación de screening para valorar la existencia o no de deterioro cognitivo en esquizofrenia. Estos autores también afirman que la obtención de una puntuación global puede ser una medida útil de la competencia cognitiva general.

El presente trabajo parte de un estudio anterior²⁷, en el que se utilizó una versión reducida del Test Barcelona^{28, 29} para valorar el rendimiento cognitivo en esquizofrenia. Los subtests que se seleccionaron fueron dígitos directos, dígitos inversos, evocación categorial (palabras por «p»), memoria de textos (inmediata y diferida), aprendizaje de palabras, memoria visual inmediata, memoria visual diferida, comprensión, clave de números y cubos. Se elaboraron baremos normativos para el conjunto de la muestra, y en función del nivel educacional, para cada uno de los subtests seleccionados. Sin embargo, no se obtuvo una puntuación total que fuera

sumatorio de las puntuaciones en cada uno de esos subtests. Por tanto, el objetivo de este artículo consiste en valorar la utilidad de obtener una puntuación total, así como analizar las relaciones de esa puntuación con variables sociodemográficas y de tipo clínico. Al igual que en el estudio previo, también se elaborarán baremos comparativos de la puntuación total. Asimismo, con un número menor de pacientes ($n = 72$) se pretende analizar la relación de la puntuación total en el Test Barcelona con las habilidades sociales, uno de los aspectos más estudiados del ajuste psicosocial de los pacientes con esquizofrenia.

MÉTODO

La muestra estuvo compuesta por 235 pacientes diagnosticados de esquizofrenia según criterios CIE-10, y que estaban tomando medicación antipsicótica en el momento de la evaluación. Todos los pacientes acudían a un programa de rehabilitación en el Centro de Rehabilitación Psicosocial perteneciente al Centro Hospitalario Padre Menni de Santander. Las características de la muestra se especifican en la tabla I.

Se valoró la relación entre la puntuación total y las siguientes variables: sexo, edad de los pacientes, nivel educacional, edad de inicio de la enfermedad, años de evolución, sintomatología y habilidades sociales. Para valorar la sintomatología se utilizó la Escala del Síndrome Positivo y Negativo en la Esquizofrenia (PANSS), en la versión española de Peralta y Cuesta³⁰. Las habilidades sociales se recogieron mediante un cuestionario adaptado de Caballo³¹, que valora las habilidades conversacionales, expresivas y asertivas, así como los componentes no verbales y paralingüísticos de la comunicación.

TABLA I
Características de la muestra

Características	N = 235	Porcentaje
<i>Sexo</i>		
Varón	150	63,8
Mujer	85	36,2
<i>Edad</i>		
18-29	86	36,6
30-39	97	41,3
40-49	52	22,1
<i>Nivel de estudios</i>		
Incompletos	32	13,6
E.G.B. / Primaria	101	43
Secundaria / Superiores	102	43,4
<i>Años de evolución</i>		
<5	57	24,25
5-10	70	29,79
>10	108	45,96
<i>Edad de inicio</i>		
(x y d.e.)	22,15 ± 6,05	

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Para valorar la utilidad de obtener una puntuación total se llevaron a cabo dos procedimientos estadísticos. Por un lado, se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax. Se extrajeron los factores con valores propios (eigen-values) mayores o iguales a 1. Por otro, se hallaron las relaciones de los subtests entre sí y con la puntuación total mediante la correlación de Pearson.

También se aplicó la correlación de Pearson para calcular la relación de la puntuación total con la sintomatología y la edad de inicio. Se utilizó el estadístico t de diferencia de medias para hallar la re-

lación entre la puntuación total y el sexo. Por último, se usó la prueba ANOVA para analizar las relaciones entre la puntuación total y las variables: nivel educacional, años de evolución y edad de los pacientes.

RESULTADOS

El análisis de componentes principales de los 10 subtests seleccionados ofreció un factor principal, que explicaba el 45,4% de la varianza e incluía todos los subtests, salvo clave de números. La correlación de Pearson mostró que todos los subtests se relacionaban entre ellos, así como con la puntuación total. Los resultados se ofrecen en la tabla II.

De las variables sociodemográficas, el nivel educacional fue la única que se relacionó con la puntuación total ($F = 17,65$, $g.l = 2$, $p = ,000$). La utilización del test post hoc de Bonferroni para comparaciones múltiples mostró que las diferencias se daban entre los pacientes con estudios superiores a la educación primaria y los otros dos grupos: escolaridad incompleta y estudios primarios. Entre estos dos grupos no había diferencias significativas.

En cuanto a las variables clínicas, ni la edad de inicio de la enfermedad ni los años de evolución se relacionaron con la puntuación total. Respecto a la sintomatología, la puntuación total se relacionó con la escala negativa de la PANSS ($r = -,261$, $p = ,000$), y con los siguientes síntomas: embotamiento afectivo ($r = -,143$, $p = ,035$), contacto pobre ($r = -,181$, $p = ,008$) retraimiento emocional ($r = -,140$, $p = ,040$), dificultades con el pensamiento abstracto ($r = -,453$, $p = ,000$), ausencia de fluidez en la conversación ($r = -,240$, $p = ,000$) y atención deficiente ($r = -,344$, $p = ,000$).

La puntuación total también se relacionó con las habilidades sociales, en con-

creto con las habilidades conversacionales ($r = ,278$, $p = ,018$), y los componentes paralingüísticos ($r = ,305$, $p = ,009$). Las habilidades sociales también se relacionaron con la sintomatología, en especial con síntomas de tipo negativo. Los resultados se exponen en la tabla III.

En función de los resultados obtenidos con las variables sociodemográficas, se decidió elaborar baremos para el total de la muestra, así como para la muestra según el nivel educacional. Dado que los grupos de estudios incompletos y educación primaria no mostraban diferencias significativas, se optó por juntar ambos grupos y realizar baremos sólo con dos niveles de educación: por debajo de secundaria (escolaridad incompleta y primaria) y por encima de secundaria (secundaria y superiores). Los baremos se presentan en la tabla IV.

En el Test Barcelona la existencia de deterioro cognitivo se corresponde con una puntuación por debajo del percentil 30. Con el objetivo de tener una puntuación de referencia para comparar el rendimiento de los pacientes con esquizofrenia con el de la población normalizada, se realizó un sumatorio de las puntuaciones directas de los subtests seleccionados que se corresponden con dicho percentil en los baremos de la población normalizada. El sumatorio dio una puntuación de 278,5. Como se observa en la tabla III, en la muestra total casi el 90% de los pacientes están por debajo de esta puntuación, mientras que para el nivel educacional de estudios incompletos y primarios el porcentaje aumenta hasta aproximadamente un 95%. Por último, para el nivel educacional de estudios de secundaria o superiores, el porcentaje se sitúa en torno al 80%. En función de estos resultados, se valoró la relación entre el nivel educacional y el sumatorio obtenido. Para ello se dicotomizó la muestra en dos grupos:

TABLA II
Correlación de Pearson entre los subtests del test Barcelona y la puntuación total

Subtest	B6	B7	B12	B44	B45	B46	B47	B48	B49	B50	B59	B60	B61	B62
Dígitos directos (B6)														
Dígitos inversos (B7)	,427													
Evocación categorial (B12)	,265	,266												
Memoria de textos (B44)	,314	,344	,380											
Memoria con preguntas (B45)	,304	,344	,334	,883										
Memoria diferida (B46)	,314	,358	,359	,822	,823									
Memoria diferida con preguntas (B47)	,316	,357	,328	,821	,908	,889								
Aprendizaje verbal (B48)	,231	,401	,366	,524	,493	,525	,506							
Memoria visual (B49)	,241	,371	,201	,415	,409	,423	,435	,329						
Memoria visual diferida (B50)	,262	,279	,271	,512	,493	,499	,514	,413	,526					
Comprensión (B59)	,300	,256	,357	,516	,485	,499	,506	,368	,406	,435				
Clave de números (B60)	,187	,249	,271	,198	,181	,208	,222	,216	,212	,207	,209			
Cubos (B61)	,202	,335	,156*	,361	,347	,383	,391	,300	,489	,498	,348	,296		
Cubos tiempo (B62)	,225	,379	,201	,394	,397	,416	,430	,364	,490	,490	,334	,371	,876	
Puntuación total	,410	,514	,605	,787	,768	,791	,791	,782	,546	,642	,610	,494	,549	,615

Todas las correlaciones se dan con una $p < 0,01$, * salvo B61 con B12 que tiene una $p < 0,05$.

TABLA III
Correlación de Pearson entre la puntuación total del Test Barcelona, la sintomatología y las habilidades sociales

	HH. Conver- sacionales	HH. Expresivas	HH. Asertivas	Componentes no verbales	Componentes paralingüísticos
Puntuación total Test Barcelona	,278*	,026	,145	,162	,305**
<i>Síntomas negativos de la PANSS</i>					
Embotamiento afectivo	-,280*	-,260*	-,201	-,316*	-,002
Contacto pobre	-,416**	-,347**	-,400**	-,394**	-,213
Retraimiento social	-,291*	-,202	-,170	,387**	,022
Ausencia de fluidez en la conversación	-,528**	-,443**	-,416**	,420**	-,255*
Puntuación total de la escala negativa	,422**	-,299*	-,359**	-,420**	-,196
<i>Síntomas positivos de la PANSS</i>					
Ideas de grandiosidad	-,153	-,156	-,388**	-,209	-,015
Hostilidad	-,250*	,062	-,159	-,015	-,305*
<i>Sintomatología general de la PANSS</i>					
Preocupaciones somáticas	,109	,256*	,052	-,071	,138,
Sentimientos de culpa	,277*	,314*	,314*	,152	,134
Atención deficiente	-,169	-,031	-,198	-,332**	-,034

* p < ,05 ** p < ,01 HH = habilidades

TABLA IV
Puntuaciones centiles para el total de la muestra y en función del nivel educacional

	Puntuaciones centiles										
	1	10	20	30	40	50	60	70	80	90	99
Muestra total (n = 235)	78	163	184	201	217	228	239	249	262	282	307
Nivel ed. = 1 (n = 133)	50	150	168	185	196	208	222	238	251	268	299
Nivel ed. = 2 (n = 102)	95	190	218	224	235	244	250	259	273	294	316

Nivel ed. = 1 (Escolaridad incompleta y primaria), Nivel ed. = 2 (Secundaria o superior).

los que estaban por debajo de la puntuación de corte (278,5), y los que tenían una puntuación igual o superior. Se obtuvo una relación entre tener un nivel educacional de secundaria o superior y lograr una puntuación igual o mayor de 278,5 ($\chi^2 = 5,452$, $g.l = 1$, $p = ,020$). No hubo ninguna relación entre el resto de variables (sexo, edad, edad de inicio, años de evolución y sintomatología) y la puntuación de corte.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos están en la línea de estudios previos²²⁻²⁴, y apoyan la existencia de un componente de deterioro general, que se relaciona con todas las áreas cognitivas que están afectadas en esquizofrenia y que puede ser valorado mediante una puntuación total. La comparación de la puntuación total con el sumatorio de las puntuaciones directas que se corresponden al percentil 30 en población normalizada, pone de relieve el alto porcentaje de pacientes que presenta deterioro cognitivo, incluso entre aquellos que tienen mayor nivel educacional. Estos datos coinciden con investigaciones anteriores, que sitúan el porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo entre el 73% y el 98%^{1, 32, 33}, y apoyan la recomendación de Wilk et al.³⁴ de utilizar baremos específicos para la población con esquizofrenia, ya que la comparación del rendimiento cognitivo de los pacientes con el de la población normalizada no aporta información relevante porque la existencia de deterioro cognitivo en esquizofrenia puede considerarse un dato esperable³⁵.

La falta de relación entre la puntuación total y las variables sexo, edad, edad de inicio de la enfermedad y años de evolución, apoya la idea de que los déficits cognitivos son un rasgo característico de

la esquizofrenia, que afecta a ambos sexos^{4, 8, 36}, y que se manifiesta de manera estable a lo largo de la enfermedad, sin que se evidencie un deterioro progresivo asociado a la edad o a los años de duración de la esquizofrenia³⁷⁻⁴⁰. Algunos autores han propuesto que se produce un declive a partir de los 65 años de edad⁴¹⁻⁴³, cuestión que no puede ser discutida en este artículo por carecer la muestra incluida de pacientes con esta edad. Asimismo, los resultados de este estudio son congruentes con la conclusión de que el deterioro cognitivo es independiente de la sintomatología positiva y no puede considerarse una consecuencia de la misma^{5, 6, 24, 44}. En la línea de estudios previos, se ha encontrado una relación con síntomas de tipo negativo^{24, 45, 46}, si bien algunos de los síntomas recogidos en la PANSS, como las dificultades en el pensamiento abstracto y la atención deficiente, son ítems que valoran el deterioro cognitivo observado por el evaluador.

En consonancia con investigaciones anteriores, que establecen una asociación entre el funcionamiento cognitivo y el ajuste social⁴⁷⁻⁴⁹, la puntuación total del Test Barcelona se relacionó con las habilidades sociales, en concreto con las áreas de habilidades conversacionales y de componentes paralingüísticos de la comunicación. En el presente estudio, las habilidades sociales también se han relacionado con diferentes síntomas de la escala PANSS, sobre todo con síntomas de tipo negativo. Estos resultados sugieren que tanto el deterioro cognitivo como la presencia de síntomas negativos contribuyen al desajuste social observado en los pacientes con esquizofrenia^{8, 50}.

La puntuación total, como proponen diferentes estudios sobre la batería RBANS^{22, 34}, también puede usarse como puntuación de screening para la existencia de deterioro, utilizando como punto

de corte el sumatorio de 278,5. Se puede considerar que aquellos pacientes con una puntuación igual o superior a la propuesta tienen un rendimiento cognitivo comparable al de la población normalizada. Salvo en el nivel educacional, no hay diferencias significativas entre los pacientes con un funcionamiento cognitivo normalizado y aquellos que presentan un funcionamiento deteriorado en ninguna de las variables analizadas. Estos datos apoyan los resultados de investigaciones anteriores, que encuentran una relación entre el ajuste premórbido, más en concreto el desempeño escolar, y el rendimiento cognitivo de los pacientes con esquizofrenia en la edad adulta^{51, 52}.

Las principales limitaciones del estudio se relacionan con las características de la muestra, ya que al no incluir sujetos con más de 50 años de edad las conclusiones sobre la ausencia de relación entre la edad de los pacientes y los años de evolución con el rendimiento cognitivo no pueden generalizarse al total de los pacientes con esquizofrenia. Asimismo, hay que tomar con precaución la falta de relaciones entre tener un rendimiento cognitivo normalizado y variables de tipo clínico, ya que en el total de la muestra los pacientes con un buen funcionamiento cognitivo sólo representan el 10%. En un futuro sería necesario ampliar el estudio a pacientes con edades por encima de los 50 años, y valorar una muestra más amplia de sujetos con buen rendimiento cognitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Keefe RSE, Eesley CE, Poe MP. Defining a cognitive function decrement in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2005; 57:688-691.
2. Caspi A, Reichenberg A, Weiser M, Rabinowitz J, Kaplan Z, Knobler H, et al. Cognitive performance in schizophrenia patients assessed before and following the first psychotic episode. *Schizophr Res* 2003;65:87-94.
3. Johnstone EC, Ebmeier KP, Miller P, Owens DGC, Lawrie SM. Predicting schizophrenia: findings from the Edinburgh High-Risk study. *Br J Psychiatry* 2005;186:18-25.
4. Pukrop R, Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Brockhaus-Dumke A, Tendolkar I, Bechdolf A et al. Neurocognitive functioning in subjects at risk for a first episode of psychosis compared with first- and multiple-episode schizophrenia. *J Clin Exp Neuropsychol* 2006;28: 1388-1407.
5. Brickman AM, Buchsbaum MS, Bloom R, Bokhoven P, Paul-Oudouard R, Haznedar MM, et al. Neuropsychological functioning in first-break, never medicated adolescents with psychosis. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:615-622.
6. Bowie CR, Harvey PD. Cognition in schizophrenia: impairments, determinants, and functional importance. *Psychiatr Clin North Am* 2005;28:613-633.
7. Brazo P, Delamillieure P, Morello R, Halbecq I, Marié RM, Dollfus S. Impairments of executive/attentional functions in schizophrenia with primary and secondary negative symptoms. *Psychiatry Res* 2005;133:45-55.
8. Milev P, Beng-Choo H, Arndt S, Andreasen NC. Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7-year-follow-up. *Am J Psychiatry* 2005;162:495-506.
9. Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M, Mendelowitz A, Bilder RM. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or

- schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161:473-479.
10. Keefe RSE, Hawkins K. Assessing and treating cognitive deficits. *Psychiatric Times*, 2005;22.
 11. Van Winkel R, Myin-Germeys I, De Hert M, Delespaul P, Peuskens J, Van Os J. The association between cognition and functional outcome in first-episode patients with schizophrenia: mystery resolved? *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:119-124.
 12. Lewis R. Should cognitive deficit be a diagnostic criterion for schizophrenia? *J Psychiatry Neurosci* 2004;29:102-113.
 13. Chong SA. Inclusion of cognitive impairment in the DSM diagnosis of schizophrenia: if not now, when? *World Psychiatry* 2008;7:37-38.
 14. Galderisi S. The added value of including cognitive impairment in the diagnostic criteria for schizophrenia. *World Psychiatry* 2008;7:36-37.
 15. Keefe RSE. Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia? *World Psychiatry* 2008;7:22-28.
 16. Randolph C. *RBANS Manual: Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status*. San Antonio, The Psychological Corporation; 1998.
 17. Keefe RSE, Mohs RC, Bilder RM, Harvey PD, Green MF, Meltzer HY, et al. Neurocognitive Assessment in the Clinical Antipsychotic Trial of Interventions Effectiveness (CATIE) project schizophrenia trial: development, methodology and rationale. *Schizophr Bull* 2003;29:45-55.
 18. Keefe RSE, Goldberg TE, Harvey PD, Gold JM, Poe MP, Coughenour L. The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. *Schizophr Res* 2004;68:283-97.
 19. Velligan DI, DiCocco M, Bow-Thomas C, Cadle C, Glahn DC, Miller AL, et al. A brief cognitive assessment for use with schizophrenia patients in community clinics. *Schizophr Res* 2004;71:273-283.
 20. Nuechterlein KH, Green MF. *MA-TRICS Consensus Cognitive Battery*. Los Angeles, Matrics Assessment Inc; 2006.
 21. Gold JM, Queern C, Iannone VN, Buchanan RW. Repeatable battery for the assessment of neuropsychological status as a screening test in schizophrenia, I: sensitivity, reliability, and validity. *Am J Psychiatry* 1999;156:1944-1950.
 22. Hobart MP, Goldberg R, Bartko JJ, Gold JM. Repeatable battery for the assessment of neuropsychological status as a screening test in schizophrenia, II: Convergent / discriminant validity and diagnostic group comparisons. *Am J Psychiatry* 1999;156:1951-1957.
 23. Dickinson D, Ragland JD, Calkins ME, Gold JM, Gur RC. A comparison of cognitive structure in schizophrenia patients and healthy controls using confirmatory factor analysis. *Schizophr Res* 2006;85:20-29.
 24. Keefe RSE, Bilber RM, Harvey PD, Davis SM, Palmer BW, Gold JM, et al. Baseline neurocognitive deficits in the CATIE schizophrenia trial. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:2033-2046.
 25. Gladsjo JA, McAdmas LA, Palmer BW, Moore DJ, Jeste DV, Heaton RKA. Six-factor model of cognition in schizophrenia and related psychosis disorders: relationships with clinical symptoms

- and functional capacity. *Schizophr Bull* 2004;30:739-754.
26. Genderson MR, Dickinson D, Díaz-Asper CM, Egan MF, Weinberger DR, Goldberg TE. Factor analysis of neurocognitive tests in a large sample of schizophrenic probands, their siblings, and healthy controls. *Schizophr Res* 2007;94:231-239.
 27. Gil D, Bengochea R, Arrieta M, Lastra I, Sánchez R, Álvarez A, et al. Uso del Test Barcelona para la valoración cognitiva de los pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiat* 2008;36:337-344.
 28. Peña-Casanova J. Test Barcelona: Manual. Barcelona, Masson; 1990.
 29. Peña-Casanova J. Normalidad, semiología y patología neuropsicológicas. Barcelona, Masson; 1991.
 30. Peralta V, Cuesta, MJ. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1994; 22:171-77.
 31. Caballo VE. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid, Siglo XXI; 1999.
 32. Goldberg TE, Gold JM. Neurocognitive functioning in patients with schizophrenia. An overview. En: Bloom FE, Kupfer DJ. *Psychopharmacology: the Fourth Generation of Progress*. New York, Raven Press; 1995.
 33. Palmer BW, Heaton RK, Paulsen JS, Kuck J, Braff D, Harris MJ et al. Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? *Neuropsychology* 1997;11:437-446.
 34. Wilk CM, Gold JM, Humber K, Dickerson F, Fenton WS, Buchanan RW. Brief cognitive assessment in schizophrenia: normative data for repeatable battery for the assessment of neuropsychological status. *Schizophr Res* 2004; 70:175-86.
 35. Wilk CM, Gold JM, McMahan RP, Humber K, Iannone VN, Buchanan RV. No, it is not possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal. *Neuropsychology* 2005;19:516-22.
 36. Friis S, Sundet K, Rund BR, Vaglum P, McGlashan TH. Neurocognitive dimensions characterising patients with first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 2002;181:85-90.
 37. Eyler Zorrilla LT, Heaton RK, McAdams LA, Zisook S, Harris MJ, Jeste DV. Cross-sectional study of older outpatients with schizophrenia and healthy comparison subjects: no differences in age-related cognitive decline. *Am J Psychiatr* 2000;157:1324-1326.
 38. Gold JM. Cognitive deficits as treatment targets in schizophrenia. *Schizophr Res* 2004;72:21-28.
 39. Townsend LA, Norman RM. Course of cognitive functioning in first episode schizophrenia spectrum disorders. *Expert Rev Neurother* 2004;4:61-68.
 40. Klinberg S, Wittorf A, Sickinger S, Buchkremer G, Wiedemann G. Course of cognitive functioning during the stabilization phase of schizophrenia. *J Psychiatr Res* 2008;42:259-267.
 41. McBride T, Moberg PJ, Mahr R, Arnold SE, Gur RE. Neuropsychological functioning in elderly patients with schizophrenia and Alzheimer's disease. *Schizophr Res* 2002;55:217-227.
 42. Flashman LA, Green MF. Review of cognition and brain structure in schizophrenia: profiles, longitudinal course, and effects of treatment. *Psychiatr Clin North Am* 2004;27:1-8.

43. Kurtz MM. Neurocognitive impairment across the lifespan in schizophrenia: an update. *Schizophr Res* 2005; 74:15-26.
44. Rund BR, Melle I, Friis S, Larsen TK, Midboe LJ, Opjordsmoen S, et al. Neurocognitive dysfunction in first-episode psychosis: correlates with symptoms, premorbid adjustment, and duration of untreated psychosis. *Am J Psychiatr* 2004; 161:466-472.
45. Bilder RM, Goldman RS, Robinson D, Reiter G, Bell L, Bates JA, et al. Neuropsychology of first-episode schizophrenia: initial characterization and clinical correlates. *Am J Psychiatr* 2000; 157:549-559.
46. Hughes C, Kumari V, Soni W, Das M, Binneman B, et al. Longitudinal study of symptoms and cognitive function in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 2003;59:137-146.
47. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the «right stuff»? *Schizophr Bull* 2000;26:119-136.
48. Green MF, Olivier B, Crawley JN, Penn DL, Silverstein S. Social cognition in schizophrenia: recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia new approaches conference. *Schizophr Bull* 2005;31:882-887.
49. Bowie CR, Reichenberg A, Patterson TL, Heaton RK, Harvey P. Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. *Am J Psychiatry* 2006;163: 418-425.
50. Lysaker PH, Davis LW. Social function in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations with personality, symptoms and neurocognition. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:15.
51. Silverstein ML, Mavrolefteros G, Close D. Premorbid adjustment and neuropsychological performance in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002;28: 157-165.
52. Silverstein ML, Mavrolefteros G, Turnbull A. Premorbid factors in relation to motor, memory, and executive functions deficits in adult schizophrenia. *Schizophr Res* 2003;61:271-280.

ARTETERAPIA O INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DESDE EL ARTE EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

CARMEN MENÉNDEZ

Arteterapeuta.

FRANCISCO DEL OLMO ROMERO-NIEVA

Psiquiatra. Director del Área de Salud Mental, Hermanas Hospitalarias. Madrid.

Recepción: 13-07-10 / Aceptación: 20-07-10

RESUMEN

En este trabajo revisamos el concepto de arteterapia, sus antecedentes históricos, mecanismos teóricos, efectos terapéuticos y estudios de efectividad. Las bases históricas se basan en la evolución moderna del arte, las teorías psicoanalíticas, y la institucionalización de los arteterapeutas. Los mecanismos teóricos de cambio implican los conceptos de creatividad, proceso creador, espacio contenedor de juego y simbolismo visual de la obra artística. Los efectos terapéuticos del arteterapia en personas con enfermedades mentales graves se observan en la mejora de la autoestima, maduración del ego y habilidades adaptativas, concentración, interacción social y capacidad de recuperación. Los estudios controlados de efectividad señalan una mejoría especialmente en los síntomas negativos de la esquizofrenia.

Palabras clave

Arteterapia, trastorno mental severo, esquizofrenia, rehabilitación psicosocial, recuperación.

ABSTRACT

We review the concept of art therapy, its historical roots, theoretical mechanisms, therapeutic effects and effectivity studies. Historical roots are based on modern evolution of Art, psychoanalytical theories and art therapists institutionalization. Theoretical mechanisms of change comprehend concepts such creativity, creative process, holding play space, and visual symbolism of artwork. Therapeutic effects on people with severe mental disorders are seen in improvements of self-esteem, self-maturation, adaptive skills, concentration, social interaction and recovery. Controlled

studies show an improvement of schizophrenic negative symptoms.

Key words

Art therapy, severe mental disorder, schizophrenia, psychosocial rehabilitation, recovery.

1. ARTETERAPIA: ANTECEDENTES ARTÍSTICOS, TEÓRICOS E INSTITUCIONALES

1.1 Antecedentes artísticos del Arteterapia

La Modernidad genera un punto de inflexión en la historia del pensamiento, el arte y la vida. Representa la máxima exaltación de la libertad individual. El arte hasta ese momento estaba atrapado por lo real, abocado a trabajar desde lo figurativo, lo estático. Al aparecer la Modernidad se hizo subjetivo, utilizando la realidad interna, lo singular, y transgrediendo el lenguaje visual formal existente hasta finales del siglo XIX. Se inició la búsqueda de autenticidad de la expresión, que descarta todo lo hecho en arte desde la intelectualidad, explorando los efectos de la creación espontánea y el papel del inconsciente. A principios del siglo XX, aparecieron las diferentes vanguardias artísticas: Expresionismo, Fauvismo, Dadaísmo, Surrealismo, Futurismo, Cubismo. Este cambio se vio alimentado por diferentes influencias, como la divulgación de las artes primitivas y populares, la influencia de la estampa japonesa, de importantes descubrimientos arqueológicos y, sobre todo, del estudio y reconocimiento del arte infantil y el arte de los enfermos mentales, especialmente por los surrealistas.

Frente a este cambio en concepción del arte, se configuraron dos posiciones

enfrentadas, tanto a nivel político como psiquiátrico, que valoraron el mundo de la creatividad y la salud mental.

Por un lado, la visión que identificaba los nuevos postulados artísticos con la enfermedad mental. Como representativo de esta línea de pensamiento podríamos nombrar al psiquiatra alemán Weygandt que en 1921, refiriéndose a pintores de la época como Picasso, Klee, o Cezanne censuraba «el descarrío del pensamiento y sentimiento normales, degeneración que contribuye en nuestra época enferma y revuelta a hundir todavía más la dignidad humana». En 1937 el estado Nazi organizó una exposición de «Arte Degenerado» con obras de Van Gogh, Kandinsky, Klee, Kokoschka, Nolde, Chagall y otros protagonistas de las vanguardias, presentando junto a ellos obras de enfermos mentales afirmando la patología del arte moderno y la degeneración mental de sus autores.

Por otro lado, se instituyó la posición que relacionaba la enfermedad mental con la creatividad. A principios de los años 20, el psiquiatra e historiador del arte vienés H. Prinzhorn, reunió una colección de casi 5.000 obras de arte hechas por pacientes de hospitales psiquiátricos de toda Europa. Ciertas obras de su colección fueron consideradas como precozmente expresionistas, inspirando a numerosos artistas de vanguardia, como los surrealistas. Otro artista influido por esto, Jean Dubuffet, a partir de 1945, impulsó el concepto de *Arte Bruto*, que designaba lo contrario de lo que se entendía como artes culturales, y consideraba dentro de sus producciones aquellas realizadas por enfermos mentales, niños, por los pueblos primitivos y personas marginadas por la sociedad.

Por tanto, podemos señalar como uno de los pilares del Arteterapia el arte contemporáneo, con todo lo novedoso que aporta a la visión del arte clásico, tanto en

materiales, técnicas y en libertad de expresión, que permiten jugar, explorar y experimentar sin miedo a «no saber», a «no ser capaz».

1.2. Antecedentes teóricos del arteterapia

Podríamos definir el arteterapia como una modalidad psicoterapéutica que utiliza el lenguaje artístico y el proceso creador para expresar contenidos y vivencias personales, construir significados y elaborar conflictos psíquicos. Dentro de las familias de las psicoterapias, el arteterapia se ha incluido en el grupo de las «terapias expresivas», en el medio anglosajón, o «no verbales», en el francés (Guimón, 2008).

En general, las terapias expresivas se iniciaron dentro de una orientación psicoanalítica, aunque posteriormente confluyeron con otras terapias de orientación humanista. Desde la teoría psicoanalítica, los conceptos de inconsciente, deseo, transferencia, repetición, asociación libre, elaboración psíquica, etc., son esenciales para pensar sobre el acontecer del taller de arteterapia. Por lo tanto la formación teórica está fundamentada en autores como Freud, Winnicott, Fiorini y Tessa Dalley. Como esta última dice, «la terapia artística se halla más vinculada con los procedimientos de terapia psicoanalítica, puesto que sus métodos se basan en fomentar la libre asociación y la expresión espontánea» (Dalley, 1984).

Sin embargo, aunque la actividad artística por sí sola posea ciertas cualidades terapéuticas, la dinámica de la práctica arteterapéutica reside en el proceso y no en el resultado final obtenido. No se basa ni en la belleza ni en la calidad artística de la obra. Facilita un lenguaje alternativo, libre de defensas verbales (cognitivas y racionalizadas). Trabaja con lo simbólico, con lo que hay detrás, a través de un len-

guaje preverbal: la imagen. Es un espacio dinámico, vincular, en el que entra en juego la transferencia hacia la obra y hacia el arteterapeuta y la contratransferencia. Se utilizan tanto en sesiones individuales como grupales. Permite construir una narrativa de recuperación: a través de la obra hay la posibilidad de volverse a narrar. El arteterapia implica una concepción del arte como metáfora, un «como si» (Pain, 1995). Y en el recorrido, el arteterapeuta trata de acompañar a la persona que sufre hacia una integración de sentimientos, pensamientos, emociones y recuerdos.

Virginia Woolf en su libro «Una habitación propia» nos habla de la necesidad del ser humano de encontrar un espacio propio de subjetividad, de expresión singular y de reconocimiento de una existencia. El arteterapia facilita la construcción de ese espacio personal y propio donde poder habitar.

1.3. Historia del arteterapia como disciplina

El Arteterapia empezó a construirse como tal en el interior de los hospitales generales y los centros psiquiátricos, especialmente en Inglaterra y Estados Unidos a mediados del siglo pasado. Fue posible por la concurrencia de diferentes circunstancias (Dalley, 1984).

Durante la Segunda Guerra Mundial se empezó a considerar el arte como forma de tratamiento terapéutico gracias a Adrian Hill, artista hospitalizado que se decidió a pintar para liberarse de la angustia y del dolor. Finalizada la guerra, en 1946, se convirtió en el primer terapeuta artístico que trabajaba en un hospital.

Las teorías de creatividad, educación por el arte, los inicios de la psicoterapia de grupo para tratar el trauma de guerra, así como el sustento teórico de diferentes

corrientes psicoterapéuticas serán las que originen esta nueva disciplina que empezó su andadura llamándose a sí misma terapia artística, y que tuvo sus fundadoras, a partir de los años 40, en Margaret Naumburg en EEUU, y Edith Kramer en Inglaterra. En 1950 tuvo lugar en París la 1.^a exposición de arte psicopatológico, y ese mismo año la americana Marion Millner publicó los primeros programas de estudio de Arteterapia. En 1959 varios psiquiatras europeos (principalmente descendientes de Prinzhorn) fundaron la *SIPE (Sociedad Internacional de Psicopatología de la Expresión)*. En 1964 se crea la *British Association of Art Therapists* y en 1966 la *Asociación Americana de Arteterapia (AATA)*. A partir de ahí comienza la publicación periódica más consolidada sobre esta materia, con el *Bulletin of Art Therapy*, actualmente *American Journal of Art Therapy*.

2. FUNDAMENTOS Y MECANISMOS DEL ARTETERAPIA

El Arteterapia se fundamenta en el potencial terapéutico del proceso creador dentro de un encuadre adecuado. El objetivo es promover dinámicas de transformación en la persona como sujeto y como sujeto en relación con el mundo. La terapia artística no utiliza las imágenes con fines diagnósticos, ya que considera que la persona que realiza la obra es la mejor intérprete de sus propias producciones creativas como expresión de su mundo interior. La actividad creativa se utiliza como vehículo que transporta contenidos personales del adentro al afuera y que vincula las imágenes creadas en el proceso con su expresión verbal.

Podemos distinguir diversos componentes en el proceso de la terapia artística.

La creatividad

La creatividad ha sido definida como un proceso mental o cultural que produce ideas diferentes, susceptibles de ser desarrolladas, y que por eso se diferencia de la fantasía. Es también la capacidad de abordar, resolver y repensar un conflicto, de la índole que sea (personal, social, moral y estético), favoreciendo la apertura hacia discursos ajenos, haciendo surgir la fluidez, la flexibilidad, la ambigüedad y la originalidad, por lo que es imprescindible para cualquier proceso de cambio (López y Martínez, 2006). Para muchos, es una cualidad independiente de la salud psíquica: Steinberg, L. (1964) dice que la creatividad es una aptitud con la que el individuo nace, es un rasgo universal: «No es algo mágico, cosa de pocos y privilegiados».

El proceso creador

El proceso creador es considerado por muchos autores como un elemento fundamental en cualquier proceso terapéutico. El psicoanalista Didier Anzieu (1993), menciona que una alternativa de superar una crisis interna del individuo es, precisamente, el proceso creador o la creación. Además, precisa que el individuo estaría destinado a la experiencia de la crisis durante su vida, pero también estaría destinado a su superación creadora. Así, desde pequeño inventaría la manipulación de los objetos y de las palabras, incluso cuando le son brindados desde el mundo externo, lo que para Winnicott (1976) sería la creación de un objeto transicional a partir de lo que le es puesto a disposición por el entorno. Todo ello ocurriría en lo que Winnicott denomina «espacio potencial», es decir, en una zona intermedia que existe entre el individuo (al principio el bebé) y el ambiente (al principio la madre). En esta zona es posible el vivir creador del individuo, cuya primera manifestación es

el juego del niño para luego albergar a la experiencia cultural y al proceso creador. Se trata de una zona de ilusión, «no discutida respecto de su pertenencia a una realidad interna o exterior (compartida)». Por lo tanto, puede proporcionar alivio a la tensión que conlleva la tarea de aceptar la realidad que comienza en la temprana infancia del ser humano y que, según Winnicott, nunca queda terminada.

Héctor J. Fiorini (2006) nos habla de ese espacio potencial como un espacio de terceridad donde se generan los procesos terciarios que movilizan todo el sistema. Es donde ocurren las producciones creadoras que relacionan, ligan y crean formas que vinculan a los objetos que han sido convocados. León Grinberg define el acto creativo como el resultado de un proceso durante el cual el individuo debe pasar por estados de «desorganización» temporaria y ruptura de las estructuras establecidas, para reintegrarse luego de una manera diferente (citado en Fiorini, 2006).

El juego y la identidad a través de un lenguaje propio

Para Winnicott (1971), el juego en el niño aparece en la etapa simbólica del desarrollo, en la cual es capaz de distanciarse de la realidad lo suficiente como para crear una situación ficticia en la que sus motivaciones y necesidades van a verse representadas. Los símbolos son el soporte de la ficción y el elemento sobre el que gira la acción del juego, separando los significados de los objetos y permitiendo un entrenamiento para la vida real, y anticipando el pensamiento abstracto y la decisión consciente. En palabras de Winnicott, jugar es hacer, el juego compromete al cuerpo, jugar tiene siempre una implicación corporal, implica una acción sobre el mundo y modifica a su vez el mundo interno. El juego simbólico, jugar al

«como si fueras» o al «vamos a imaginar que somos artistas», permite reconocerse como protagonista de su propia historia, empezar a vislumbrar su capacidad para decidir sobre sí mismo.

El proceso creador, al igual que el juego, es una área de experiencia, un «espacio transicional», que media entre las realidades internas y externas del individuo, que utiliza los materiales y la obra artística como «objetos transicionales» que permiten jugar y experimentar con ellos, y que opera en un espacio y tiempo simbólico donde realidad, espacio y tiempo se suspenden mientras dura la sesión de arteterapia.

Según Laing (1974) «cada producción artística original que realiza el paciente representa, en cierto grado, un aspecto de esa persona. Nadie más puede crear el mismo resultado sobre un papel o una tela... La terapia artística ofrece una área en la que el paciente puede proclamar su identidad y una atmósfera en la que puede ser él mismo... el arte brinda un medio que supone, al mismo tiempo, una comunicación con los demás y una confrontación con uno mismo».

Repetición

Según Fiorini (2006), el proceso creador se sitúa entre estar anclado al pasado (la repetición) o proyectarse al futuro (transformación y cambio). El psiquismo neurótico (repetición) y el psiquismo creador cohabitan en nosotros a lo largo de la vida.

Hablamos de repetición compulsiva, neurótica, la que se caracteriza por una negación o ausencia de lo nuevo, como ausencia de creatividad y necesidad obsesiva, contra el que lucha el deseo de salir de ahí, de encontrar otros caminos: el de la creatividad y la transformación.

Sin embargo, repetir la creación y producción de una obra como un juego permite explorar otros significados. Como la

repetición incesante de los juegos infantiles, el recomenzar en cualquier acto creativo es una vuelta a puntos de anclaje y fijación del pasado. En ese sentido, la repetición creadora es una transformación, una búsqueda de una expresión propia y de identidad que construye y proyecta hacia el futuro.

Encuadre, transferencia y contratransferencia

Como hemos comentado, para Anzieu (1993) la condición necesaria de la superación creadora de una crisis en el sujeto, es la recreación del espacio potencial winnicottiano. Sin embargo, para ser una condición suficiente necesitaría el restablecimiento de ciertas funciones que son ejercidas primero por personas del entorno (que podría ser el terapeuta, por ejemplo) y que el sujeto en crisis logra reapropiárselas. Algunas de estas funciones serían las siguientes: «(...) contenedor de sensaciones - afectos - imágenes angustiantes, (...) de reenvío en espejo del placer experimentado, de simbolización y de semiotización progresivas» (Anzieu, 1993, p. 29).

El encuadre provee de un «continente» que sirve de contención y de límite para las producciones artísticas que construyen «pedazos de identidad». Es un lugar seguro y confiable para «pensarse y hacerse» a través de la obra. Favorece asumir riesgos, atreverse al cambio, mirar hacia dentro, escuchar lo más íntimo, aceptar las emociones y negociar significados. El encuadre, de esta manera, libera a la persona del incremento de tensión y de angustia que le puede proporcionar el trabajar desde el caos inicial (angustia del lienzo en blanco en el artista), además de la angustia de conectar con «contenidos» intolerables o dolorosos. Por último, el encuadre facilita la cohesión del grupo a través del diálogo que se crea alrededor de las producciones artísticas.

La relación dinámica en un taller de arteterapia moviliza tanto la transferencia como la contratransferencia, facilitando proyecciones de la persona que hace la obra y de las que la observan, puesto que activa tanto lo intrasubjetivo como lo intersubjetivo. La transferencia se crea entre paciente y obra y entre paciente y arteterapeuta. A esto se añade la dinámica grupal, lo que requiere del arteterapeuta una atención, observación y cuidado especial para contener y sostener el proceso terapéutico.

El simbolismo de las imágenes

En la creación normal, las imágenes visuales establecen una manera de comunicación simbólica que se vale de las metáforas para transmitir emociones, pensamientos, estados de ánimo, intenciones, etc. Las imágenes presentes en el arte visual, tienen la capacidad de comunicar, de transmitir parte del mundo interno del sujeto que las crea, sobre todo lo que permanece oculto y que además es difícil de tolerar y expresar verbalmente, especialmente en pacientes psiquiátricos. Por lo tanto, las imágenes tendrían el potencial inherente de expresar o dar cuerpo a las partes no deseadas (por el yo) de la mente (Schaverien, 1997).

Según Seth-Smith (1997), en el trabajo artístico visual de personas con algún trastorno mental severo, existen representaciones de diferentes niveles (concreto, simbólico, inconsciente) y distintas facetas de la personalidad (y de la experiencia) que no han sido integradas y que no pueden ser expresadas a través del lenguaje verbal por esta población. Estos niveles coexisten, pero no necesariamente interactúan en este tipo de pacientes y cuando es posible la interacción entre dichos niveles y entre los elementos de la personalidad, puede llegar a producir crecimiento psicológico e insight en estas personas. Para lograr esta interacción, Seth-Smith

plantea la necesidad de un ambiente contenedor y seguro. Este ambiente es propio del setting psicoterapéutico y la relación terapéutica tradicional, el cual en arteterapia dirigida a personas con trastornos psiquiátricos graves, se utiliza y enfatiza.

Las imágenes se convierten en una valiosa alternativa de comunicación para aquellas personas que manifiestan problemas en el ámbito del lenguaje verbal, construyendo un puente entre aquella experiencia personal que no está mediada y lo «otro». Sobre todo, en un contexto de tratamiento, el objeto de arte visual tendría una función mediadora importante en el espacio terapéutico que se encuentra entre paciente y terapeuta. De este modo, el paciente con algún trastorno mental severo, se relacionaría con un «otro» (el terapeuta) a través de un objeto mediador, lo que de otra forma podría ser extremadamente amenazador para éste (Schaverien, 1997).

Se trata de un proceso que tendría lugar en arteterapia, al fomentarse la capacidad de simbolización a través de la creación de una obra plástica, lo que a su vez promueve la fuerza del yo de estos pacientes. Sin embargo, las intervenciones del terapeuta necesitan centrarse en la contención y el apoyo ambiental, ya que la capacidad de simbolización se encuentra muy deteriorada en quienes tienen un trastorno mental severo. Por lo tanto, en este contexto, las imágenes producidas por estos pacientes no servirían para propósitos simbólicos hasta que una relación contenedora se haya establecido entre paciente y terapeuta. Entonces, inicialmente, es mejor que el arteterapeuta se abstenga de ligar el contenido de las imágenes producidas por el paciente, con su significado, puesto que puede resultar muy amenazante para él. Es que en esta etapa, la obra plástica realizada por el paciente aún no se vincula a un proceso de comunicación, sino más bien contiene

sentimientos y contenidos mentales intolerables para el paciente (Killick, 1997).

Reconstitución de la imagen corporal

Según el arteterapeuta Malpartida (2004) cuando el paciente llega a sumergirse en el proceso creador, alcanza contactarse con el cuerpo, con las emociones, puesto que se trata de una experiencia sensible, «es una actividad que compromete a todo el cuerpo. (...) hacer arte es la actividad en la que construimos, destruimos, mezclamos, separamos, pegamos, dibujamos, borreamos, rayamos o garabateamos». Entonces, se puede decir que una persona con un trastorno mental severo que elabora una obra plástica, podría tomar un mayor contacto con parte de su yo, su «yo corporal», lo que le ayudaría a delimitar y fortalecer su yo, el cual en estos casos no posee límites definidos por una incapacidad para distinguir la realidad interna de la realidad externa. Según Ana Bedouelle, «las patologías en las que el cuerpo ocupa un lugar central, y las patologías en las que la palabra está total o parcialmente ausente, se benefician particularmente del trabajo del taller de arteterapia, en el seno de equipos pluridisciplinarios donde el trabajo del taller se integra en una reflexión de equipo».

En resumen, en el ámbito de la terapia artística, es importante diferenciar entre la obra artística y el proceso creador, cada una de las cuales tiene cualidades terapéuticas que el arteterapeuta potencia, y que es necesario revelar. Estas cualidades derivarían de las funciones psicológicas que las artes, en general, desempeñan en el ser humano (tanto en su rol de receptor como de actor) y que logran desplegarse y concretarse en el proceso de hacer arte o de elaborar una obra de arte. Esto sucede además, porque en el proceso creador, la creatividad, intrínseca a todo individuo

y fundamental en todo procedimiento de cambio, tiene un papel protagónico al elaborar una obra de arte visual. El proceso creador, para que se despliegue sin hacer daño, necesita de un espacio intermedio similar al del juego, y de vehículos como la repetición. Además, el proceso creador necesitaría de un entorno adecuado y contenedor para que se instale sin amenazar al frágil yo del paciente. Esto implica que el encuadre, el espacio relacional con otras personas y la intervención del arteterapeuta con los conceptos relacionados de transferencia y contra-transferencia, son importantes. Si esto ocurre, el proceso creador lograría que el paciente se conecte mejor con su yo corporal y estimular su mermada capacidad de simbolismo. El lenguaje utilizado para ello son las imágenes que constituyen una forma de comunicación no verbal que facilitaría la expresión y contención del mundo interno de quien padece un trastorno mental y que por lo mismo, presenta graves dificultades en la comunicación verbal.

3. PAPEL DEL ARTETERAPIA EN EL TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y RECUPERACIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES

3.1. Concepto actual de rehabilitación psicosocial y recuperación

La concepción actual sobre la enfermedad mental grave considera a la persona desde lo bio-psico-social, nos invita a considerar a la persona que sufre desde diferentes disciplinas. Esto permite una visión global, una mirada íntegra y múltiple que facilite nuestra contribución en el objetivo común de reducir el dolor de la persona que sufre y ayudar a mejorar

su calidad de vida. La aparición del paradigma de la rehabilitación psicosocial de personas con enfermedades crónicas, en la década de los 70, comenzó a centrarse en el aprendizaje de habilidades y en la potenciación de fortalezas, tanto o más que en los síntomas psiquiátricos.

Dentro del campo de la rehabilitación psicosocial, se inició en los 90 un movimiento que nació en Estados Unidos, precisamente a partir del registro de experiencias relatadas por los protagonistas, por los enfermos que habían conseguido salir o mejorar la enfermedad: el movimiento «Recovery» (Recuperación) representó la convergencia de un número de ideas (identidad, biografía, empoderamiento —empowerment—, autogestión, derechos de las personas con discapacidad, inclusión social, rehabilitación...) que requieren la participación de diferentes disciplinas y profesionales.

La experiencia de recuperación ha sido definida como un proceso personal de aprender a vivir mejor a pesar de los síntomas y limitaciones de la enfermedad. El enfermo pasa de ser enfermo crónico a enfermo en recuperación. Resalta la importancia de la perspectiva personal del paciente y valora lo subjetivo: cómo la persona ha mejorado en su vida y cómo ha aprendido a acomodar su enfermedad en su vida ya que el paciente no es sólo la enfermedad. Este movimiento focaliza su atención en la construcción de una narrativa de recuperación de la propia historia personal.

Anthony (1993) dice que una persona se puede recuperar incluso con la enfermedad, actuando con síntomas y con disminución de las capacidades. La salud de una persona no sólo depende de la enfermedad, y a la inversa, una persona bien medicada no tiene la garantía de tener una mejor vida. En recuperación la vida puede ser más rica, más intensa, incluso cuando continúan los síntomas y en condición de cronicidad.

P. Deegan (1988), ella misma afectada por esquizofrenia, lo define como un proceso, una manera de vivir, que podría asemejarse a un viaje personal, a través del cual el sujeto adquiere poder sobre su vida, siempre acompañado por compañeros, familia y profesionales.

El profesional cambia de lugar: pasa de ser la autoridad a ser el que aporta el conocimiento, junto con el paciente que aporta la experiencia. En este cambio de rol es importante señalar lo efectivo que es para el paciente que «el otro» le vea, le escuche, crea en él y en la posibilidad de cambio hacia un futuro mejor. Con esta nueva mirada hay un trabajo común entre profesional y paciente que entraña riesgos, supone que el paciente «como experto» interviene directamente en su tratamiento, supone que en esa experiencia conjunta cabe la posibilidad de fracaso; y también supone aceptar el riesgo como algo con lo que nacemos e imprescindible para experimentar cualquier cambio. Ese cambio parte de lo que ya existe. Se entra en un espacio nuevo, de búsqueda, de incertidumbre, de experimentación, de prueba; que te conduce a encontrar algo nuevo, diferente a lo anterior. Supone una transformación a partir de un proceso de creación conjunta. La mirada del profesional a la persona es dentro de su narrativa personal, su historia y no sólo desde la enfermedad. Se centra en lo que los pacientes valoran más y la ayuda va dirigida a construir su propio camino.

3.2. Efectos terapéuticos del arteterapia en el tratamiento, la rehabilitación y recuperación de personas con enfermedades mentales graves

Es posible, a partir de la sistematización de las publicaciones referidas a los resultados cualitativos del arteterapia en

personas con trastorno mental severo (Greenwood, 1997; Killick, 1997; Schaverien, 1997; Seth-Smith, 1997; Charlton, 1987; Dick, 2001; Rudy & Milnes, 2006; Odell-Miller et al., 2006), encontrar ciertas hipótesis sobre los efectos terapéuticos de esta disciplina en el tratamiento de esta población, lo que nos permite agruparlos en cinco categorías.

Madurez del ego (yo) o self

El arteterapia permitiría que el yo alcanzara una mayor integración y madurez. Esto implica que las defensas del paciente llegan a ser menos patológicas y lentamente, las imágenes elaboradas pueden tener propósitos simbólicos y comunicativos de la realidad interna de éste. Este hecho también involucra una mayor delimitación del yo o self de estos pacientes y el desarrollo de un sentido de éste como separado del mundo que los rodea. De este modo, se alcanzaría una mayor consciencia de sí mismos, al reapropiarse de sentimientos y pensamientos personales que en otro momento eran intolerables para el paciente. En resumen, estas personas pueden llegar a surgir como sujetos a través de la actividad plástica y en medio del espacio seguro que brinda el arteterapia, logrando hasta reflexionar y verbalizar sobre su mundo interno con el terapeuta (Greenwood; Killick; Schaverien; Seth-Smith, 1997).

Mejora de la autoestima

Esta intervención estimularía la autoimagen positiva de los pacientes, al incentivar la obtención de logros artísticos tangibles y duraderos que los hace sentirse valorados, admirados como personas capaces de producir cosas positivas, dejando de lado el estigma derivado de la enfermedad mental (Charlton, 1987; Dick, Mayo, 2001; Odell-Miller et al., 2006).

Mejora de las relaciones interpersonales o interacción social

El arteterapia proporciona un entorno apropiado (seguro, confiable y contenedor) en el que los pacientes pueden atreverse a crear y a comunicarse verbalmente con el terapeuta y con sus compañeros, lo cual desarrolla la socialización de estas personas y les permite reaprender aptitudes sociales (Charlton, 1987; Dick, 2001, Mayo; Ruddy & Milnes, 2006). Este efecto terapéutico se extendería más allá de los límites de la sesión de arteterapia, por lo que ayuda a que estos pacientes puedan reintegrarse a la comunidad o sociedad.

Síntomas psiquiátricos

Esta forma de tratamiento reduciría la presencia de los síntomas característicos de los trastornos mentales graves, en conjunto con el tratamiento farmacológico. Sobre todo, disminuirían los síntomas de apatía y baja motivación, puesto que los pacientes lograrían involucrarse en una tarea artística atractiva, que perciben que son capaces de realizar y donde se les permite la expresión de ellos mismos. Así, el arteterapia también mejoraría la capacidad de concentración de estas personas, puesto que los ayuda a centrarse en el aquí y ahora de este nuevo objetivo que constituyen las tareas que realizan durante la sesión. Además, estas actividades detienen y contienen el caos interno de estos pacientes e incentivan la capacidad de verbalización (Charlton, 1987; Dick, 2001, Mayo; Ruddy & Milnes, 2006; Seth-Smith, 1997).

Orientación a la realidad

El trabajo arteterapéutico ayuda a que los pacientes logren un mayor contacto con la realidad externa y consciencia de ésta. Esto ocurre porque el objeto de arte

cumple el rol de mediador entre el paciente y el terapeuta, quien en primera instancia, es el principal representante del mundo externo. A través de este objeto, los pacientes pueden relacionarse con el mundo externo de una manera menos amenazante para su inmaduro yo. Todo esto se refleja en sus creaciones artísticas, las cuales se vuelven más detallistas y utilizan representaciones más objetivas de la realidad (Dick, 2001, Mayo; Schaverien, 1997).

Por tanto, podemos concluir que la terapia artística enfocada hacia personas que tienen un trastorno mental severo, cubre una serie de necesidades propias de esta población. Una de ellas, está relacionada con la atención y tratamiento de la salud mental, en la cual la psicoterapia o la terapia de apoyo llevada a cabo con estos pacientes, tiene un rol importante como complemento del tratamiento farmacológico de éstos. La definición más aceptada de terapia de apoyo dice que: «es dirigida a largo plazo para potenciar al máximo las fortalezas del paciente; restaurando su equilibrio psicológico y reconociéndolo, pero tratando de minimizar la dependencia hacia el terapeuta». Según la arteterapeuta Helen Greenwood (1997), la terapia artística con personas severamente afectadas en su salud mental, pasaría a ubicarse en el territorio de la terapia de apoyo, en la cual la contención y el sostén de los pacientes pasan a jugar un rol fundamental. En general, los ejes centrales de esta intervención son: definir la autoestima, las funciones del ego y las habilidades adaptativas del paciente. Es importante notar, que los artículos citados permiten plantear que el factor de la alianza terapéutica, fundamental en otras formas de terapia, también lo es en arteterapia con personas con enfermedades mentales graves, pues sería determinante en el éxito de este tratamiento, es decir, en el logro de los efectos terapéuticos ya descritos.

Por otro lado, el arteterapia también cubre aquellas necesidades vinculadas a la rehabilitación psicosocial de este grupo. En este plano, las intervenciones se centran en estimular o desarrollar facultades en los pacientes que les permitan fomentar una autoimagen positiva, generalmente muy mermada en ellos producto de la enfermedad. Además, en el área de la rehabilitación, se pretende promover la interacción social en estos pacientes y así compensar la conducta alienada que presenta la mayoría de ellos. Por último, el desarrollo de la concentración en la realización de ciertas tareas, es importante de promover en la rehabilitación de los pacientes a través del establecimiento de objetivos interesantes y atractivos para ellos (Charlton, 1987).

Por último, podemos aventurar que la terapia artística también puede jugar un papel importante en el proceso de recuperación. Explorar, experimentar y asumir riesgos es una dimensión del arteterapia que relaciona creatividad y juego. Jugar y representar tiene importantes beneficios terapéuticos y son actos universales en el hombre. Además ni el deseo ni la creatividad están sujetos al paso del tiempo, no tienen edad. Siempre, bajo cualquier circunstancia, albergamos esa capacidad.

En el tratamiento de personas con enfermedad mental, activar procesos creativos en los que se ponga en juego relacionar, integrar y dar sentido, puede facilitar la construcción de pedazos de la historia escindida, recuperar momentos y personas no recordadas, conformar y restaurar emociones y crear lazos con el pasado. Puede ayudar a encontrar eslabones perdidos que restauren su biografía, la enriquezcan en experiencias, les genere nuevos horizontes y mayor sentido del self. Se puede volver a narrar una historia personal y única que disminuya la escisión, facilite la continuidad existencial y reduzca el sufrimiento. «El psiquismo crea-

dor, la pulsión creadora, tiene la capacidad de ensanchar en nuestro psiquismo espacios de trascendencia, libertad y de sentido.» (Héctor Fiorini, 1996.)

4. EFECTIVIDAD DEL ARTETERAPIA EN LA REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES

La corriente llamada de «psiquiatría basada en las pruebas» intenta utilizar el resultado de estudios empíricos controlados para tomar decisiones respecto al tratamiento de los pacientes mentales. La evaluación de psicoterapias, en especial de orientación dinámica, es la más difícil porque exige un compromiso entre los procedimientos habituales de los terapeutas habituales y las exigencias de la ciencia experimental. Existen sesgos como la personalidad del paciente y del terapeuta, el eclecticismo de los procedimientos y el sesgo de selección que limitan los resultados (Guimón, 2008).

Teniendo en cuenta las anteriores salviedades, mencionaremos los estudios empíricos realizados, y en concreto los metanálisis publicados en los últimos años sobre la eficacia de las terapias artísticas.

Una revisión Cochrane (Rudy & Milnes, 2006) encontró que, entre 61 estudios de terapia artística con enfermos de psicosis, sólo 2 estudios eran controlados y que los datos que aportaban eran difíciles de valorar, aunque dejaba la puerta abierta a la posibilidad de evaluar en el futuro la efectividad y que ésta fuera positiva.

Otra revisión (Crawford & Paterson, 2007) sí encontró una incipiente base de evidencia de efectividad de las terapias artísticas en la mejora del estado mental de la esquizofrenia, especialmente en reducciones de síntomas generales y negativos de la enfermedad.

En Inglaterra, el organismo oficial National Institute for Clinical Excellence (NICE) publicó en 2009 la Guía de Tratamiento de la Esquizofrenia, en la que dedica un apartado completo a las terapias artísticas, revisando las investigaciones más relevantes desde el punto de vista de su efectividad y su viabilidad económica. El documento concluyó que, ejercida por profesionales acreditados, la terapia por el arte es efectiva en la reducción de síntomas negativos en la esquizofrenia, tanto en pacientes ambulatorios como hospitalizados, haciendo notar que, hasta la fecha, es la única intervención que ha demostrado efectividad en esa área sintomática. Además, los cálculos económicos muestran, que si se utiliza un formato grupal, la intervención es coste-eficiente. Por todo ello, recomienda ofrecer, de manera sistemática, arteterapia a todos los pacientes con esquizofrenia para aliviar los síntomas negativos, tanto en el tratamiento de episodios agudos, como en la recuperación.

La guía NICE, en los últimos años, está teniendo una influencia extraordinaria, tanto en el Reino Unido como en otros países, para la extensión de la terapia artística en el enfermo mental grave. Concretamente en nuestro medio, otras dos guías oficiales recomiendan incorporar la técnica al tratamiento habitual: el *Modelo de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave*, editada por el IMSERSO (2007) y la *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente* (editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC 2009).

5. CONCLUSIONES

En esta revisión, hemos definido el arteterapia como una modalidad psicoterapéutica, incluida dentro de las terapias expresivas, que utiliza el lenguaje artístico y el proceso creador como herramien-

tas de trabajo. Sus antecedentes históricos se basan, por un lado, en la evolución del arte en el siglo XX hacia lo no figurativo, lo subjetivo e individual; por otro, en las teorías psicoanalíticas que vinculan la producción artística con procesos parcialmente inconscientes; y por último, en la institucionalización de la profesión de arteterapeuta en los centros psiquiátricos.

Para explicar los mecanismos de cambio de la terapia artística, es importante diferenciar entre la creatividad, la obra artística y el proceso creador, cada una de las cuales tiene cualidades terapéuticas que el arteterapia potencia, y que es necesario revelar. El proceso creador, para que se despliegue sin hacer daño, necesita de un espacio intermedio similar al del juego, de un entorno adecuado y contenedor, y de la intervención del arteterapeuta para que se instale sin amenazar al frágil yo del paciente. El lenguaje utilizado para ello son las imágenes que constituyen una forma de comunicación no verbal que facilitaría la expresión y contención del mundo interno de quien padece un trastorno mental y que por lo mismo, presenta graves dificultades en la comunicación verbal. Si esto ocurre, el proceso creador lograría que el paciente se conecte mejor con su yo corporal y estimular su merma capacidad de simbolismo.

Los efectos terapéuticos del arteterapia pueden inscribirse dentro de un abordaje integral de las personas con trastornos mentales graves. A nivel de tratamiento, se podría considerar como una terapia de apoyo o de sostén, con efectos sobre la autoestima, la maduración del ego y las habilidades adaptativas del paciente. A nivel de rehabilitación psicosocial, sus efectos promueven la capacidad de concentración, autoestima e interacción social. Por último, podemos aventurar que la terapia artística también puede jugar un papel importante en el proceso de recupe-

ración. Explorar, experimentar y asumir riesgos es una dimensión del arteterapia que relaciona creatividad y juego.

En los últimos años, una serie de estudios empíricos controlados están empezando a mostrar de forma clara efectos beneficiosos del arteterapia en el estado mental de personas con esquizofrenia, especialmente en los síntomas negativos, lo que ha hecho recomendar a organismos oficiales cada vez más numerosos la extensión de estas técnicas.

BIBLIOGRAFÍA

Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993.

Anzieu D. El cuerpo de la obra: Ensayos psicoanalíticos sobre el trabajo creador. México DF, Siglo XXI Editores; 1993: 15-101 (Orig. 1981).

Brennot P. El genio y la locura. Madrid, Biblioteca Punto de Lectura; 2000.

Coderch J. Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Herder; 2002.

Colina F. El saber delirante. Madrid, Síntesis; 2007.

Coll F (coord.). Arteterapia. Dinámicas entre creación y procesos terapéuticos. Murcia, Servicio de Publicaciones Universidad de Murcia; 2006.

Crawford M, Paterson S. Arts therapies for people with schizophrenia: an emerging evidence base. *Evidence Base in Mental Health* 2007;10:69-70.

Dalley T. El arte como terapia. 2.º ed. Barcelona, Herder; 1984.

Deegan PE. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1988.

Dick T. Brief group art therapy for acute psychiatric inpatients [Versión electrónica]. *America Journal of Art Therapy* 2001; 4(39):108-112.

Fiorini H. El psiquismo creador. Teoría y Clínica de Procesos Terciarios. Buenos Aires, Nueva Visión; 2006.

Greenwood H. Psychosis and the maturing ego. En: Killick K, Schaverien J (Eds.), *Art, Psychotherapy and Psychosis*. London, Routledge; 1997: 106-127.

Guimón, J. Terapia por el arte. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, 2008;8:1.

Hernández R (coord.). Encrucijadas y límites en los trastornos del desarrollo. Murcia, Mancomunidad Intermunicipal del Valle del Vinalopó; 2004.

IMSERSO, Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP). Modelo de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave. Documento de Consenso. Madrid, IMSERSO; 2007. Disponible en: <http://www.imserso.es/Presentacion/groups/imserso/documents/binario/atenenfermental.pdf>

Killick K. Unintegration and containment in acute psychosis. En: Killick K, Schaverien J (Eds.), *Art, Psychotherapy and Psychosis*. London, Routledge; 1997: 38-51.

Laing J. Art Therapy: painting out the puzzle of the inner mind. *New Psychiatry*; 1974.

Laing, RD. El yo dividido. Madrid, Fondo de Cultura Económica; 1993.

López M, Martínez N. Arteterapia: conocimiento interior a través de la creación artística. Ed. Tutor; 2006.

Malpartida, D. Revista Actualidad Psicológica n.º 21. Buenos Aires-Santiago; 2004.

MSC Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Plan de Calidad para el Sistema Na-

cional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009.

Naumburg, M. *Dynamically Oriented Art Therapy. Its Principles and Practices*. New York, Grune & Stratton; 1966.

NICE. *Core Interventions in the treatment and management of schizofrenia in primary and secondary care*. London, NICE; 2009 (<http://guidance.nice.org.uk/CG82/Guidance/pdf/English>).

Odell-Miller H, Hughes P, Westacott M. An investigation into the effectiveness of the arts therapies for adults with continuing mental health problems. *Psychoterapy Research* 2006;1(16):122-139.

Paín S, Jarreau G. *Una psicoterapia por el arte. Teoría y técnica*. Buenos Aires, Nueva Visión; 1995.

Roberts G, Davenport S, Holloway F, Tattan T. *Enabling Recovery: Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. London, Gaskell; 2006.

Ruddy R, Milnes D. *Arteterapia para la esquizofrenia o las enfermedades similares a la esquizofrenia [Versión electrónica]*. La Biblioteca Cochrane Plus 2006;4:1-21.

Schaverien J. Transference and transactional objects in the treatment of psychosis. En: Killick K, Schaverien J (Eds.). *Art, Psychotherapy and Psychosis*. London, Routledge; 1997: 13-37.

Seth-Smith F. Four views of the image. En: Killick K, Schaverien J (Eds.). *Art, Psychotherapy and Psychosis*. London, Routledge; 1997: 84-105.

Winnicott DW. *Realidad y Juego*. Barcelona, Gedisa; 1972.